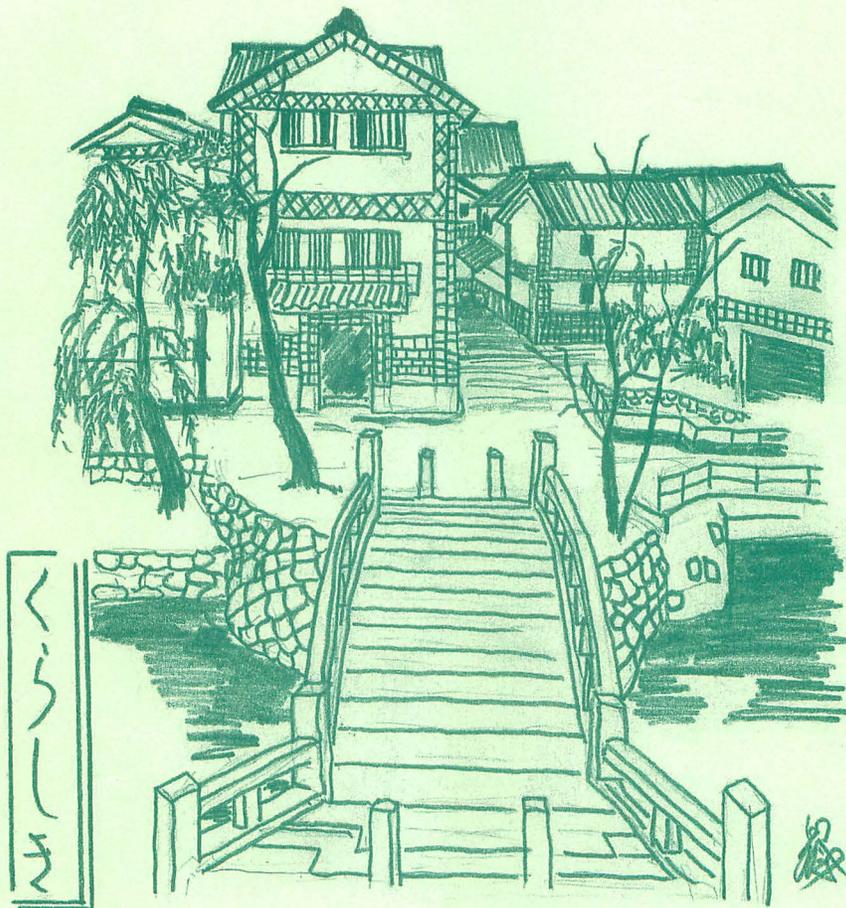
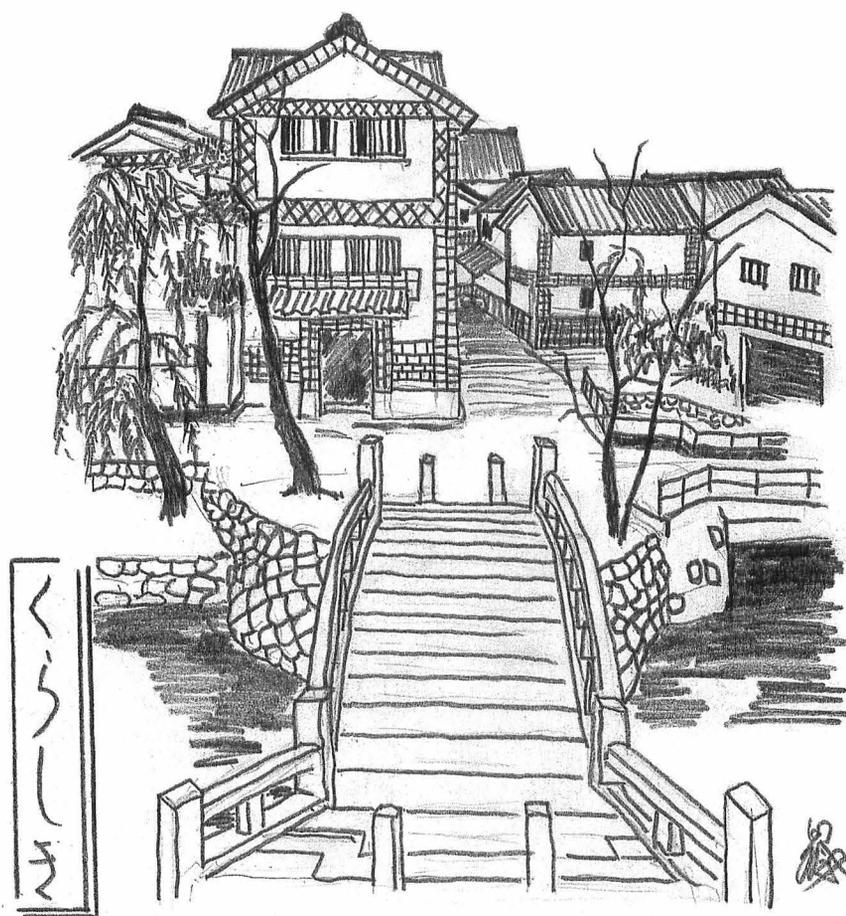


21世紀 リハビリテーション



21世紀 リハビリテーション



21世紀の保険福祉を支えるもの



日本障害者リハビリテーション協会副会長
板山 賢治氏



実行委員長 江草 安彦氏



開会式



分科会 A-6-2



分科会 A-2



分科会 A-4



分科会 B-1



分科会 B-4



要約筆記 手話



分科会会場 A-6



参加者



国際交流シンポジウム



シンポジウム



交流会



目 次

開 会

主催者あいさつ	板山 賢治	6
実行委員長あいさつ	江草 安彦	8

基調講演

[座長] 小川 孟

21世紀の保健福祉を支えるもの	京極 高宣	10
-----------------------	-------	----

国際交流シンポジウム

韓国の障害者福祉制度概観	宋 永煜	22
上海市のリハビリテーション医学の展開における現状と展望	姜 廉益	29
タイにおけるリハビリテーション	Fuangfa Khunadorn	33

分科会A-1「精神障害者の社会参加」

まとめ	[座長] 倉知 延章	36
医療リハビリテーション	津尾 佳典	36
社会リハビリテーション	住友 雄資	37
職業リハビリテーション（福祉的就労）	日野田公一	38
職業リハビリテーション（一般雇用）	野中 由彦	42

分科会A-2「発達障害とリハビリテーション」

まとめ	[座長] 伊澤 秀而	50
TEACCHプログラムを用いた成人自閉症の援助について	藤村 出	50
発達障害児の地域生活を進めるために	河島 淳子	51
—母親および小児科医の立場から—		
「いまの手持ちの力」を尊重する関係力動論的な障害児教育の展望	神園 幸郎	56
知的障害者居住施設退所者の現状と課題	山村 健	61

分科会A-3「神経筋難病の長期療養の問題点と課題—ALSと筋ジスを中心に—」

まとめ	[座長] 寺尾 章	64
「筋ジストロフィーにおける長期療養の問題点と課題」	石原 傳幸	64
—呼吸不全在宅人工呼吸器治療の現状を中心として—		

国立療養所東埼玉病院副院長

筋萎縮性側索硬化症（ALS）のインフォームド・コンセントとQOL	今井 尚志	66
ALSの長期療養と緩和ケア—	難波 玲子	68
患者・家族の立場から	定金 司郎	71

分科会A-4「心身障害児・者の療育と福祉と社会参加」

まとめ	[座長] 江口壽榮夫	76
心身障害児・者の療育と発達障害の現状と今後の課題	江田伊勢松	76
在宅訪問	難波 克雄	77
『土佐希望の家』創立26年の歴史と重症心身障害児施設の役割について	山崎 勲	78
社会参加・自立への努力を目標に	高原 正郎	79
福祉作業所の立場から	松永 博子	82
通園訓練している障害児者の親の立場から	中谷 正子	84
通園児の親の立場から	藤沢 宏子	85

分科会A—5「視・聴覚障害者（児）のコミュニケーションと地域リハビリテーション」

1. コミュニケーション

まとめ	〔座長〕 梁島 謙次	92
視聴覚障害者用コミュニケーション支援機器	太田 茂	92
視覚障害者用コンピュータシステムと当社の関係	宇賀 喜彦	92

2. 地域リハビリテーション

まとめ	〔座長〕 藤井 聰尚	93
広島県広島市における中途視覚障害者支援組織	佐々木健二	93
『視覚障害者の自立をすすめる会』の活動について		
聴覚障害者（児）のケア・システムの必要性	須々木近子	95
地域療育システムに果たす当園の役割	福田章一郎	97

分科会A—6「高齢者とリハビリテーション」

まとめ	〔座長〕 上田 敏	102
	明石 謙	

1. 健康な老年を迎えるためには

食生活と日常生活	難波 三郎	102
運動機能の維持	古米 幸好	103
痴呆と向き合うために	日比野慶子	106
高齢者の社会参加	刈谷 哲博	109

2. 高齢者リハビリテーションの現場より

高齢者のリハビリテーションシステム	吉村 理	112
介護福祉士とソーシャルワーカーの役割	本多 浩子	115
訪問看護	則包 美樹	117
老人保健施設	岩田 清治	120
医療機関	今井 正信	123

分科会B—1「就労・社会参加」

まとめ	〔座長〕 菊池 達男	128
社会参加を援助する取り組みについて	副島 宏克	128
身体障害者施設の立場から	中原 悟	130
職域開発援助事業を実施して	井口 修一	131
—変わりつつある職業リハビリテーション—		
雇用の立場から —吉備松下の雇用の状況—	谷本憲太郎	134

分科会B—2「福祉用具・住宅改造」

まとめ	〔座長〕 高山 忠雄	136
福祉用具研究開発の現状と将来の展望	奥 英久	136
福祉用具の活用に向けた政策について	後藤 芳一	138
利用者からみた福祉用具の有効性と問題点	舟木美砂子	143
—ひとにやさしい福祉用具への期待—		
高齢者・障害者の自立支援としての住宅改造	山田 藏	144
—福祉機器の有効活用化への環境整備—		

分科会B—3「バリアフリー・環境整備」

まとめ	〔座長〕 太田 茂	152
-----	-----------	-----

建物に関する環境整備	後藤 義明	152
障害者に対する交通情報の提供	田内 雅規	157
肢体不自由者のスクーバ・ダイビング指導	三浦 孝仁	159
情報機器アクセシビリティの活動状況	小澤 邦昭	162
分科会B-4「公的介護保険制度と在宅リハビリテーション」		
まとめ	[座長] 香川幸次郎	172
地域リハビリテーションと公的介護保険	竹内 孝仁	172
御調町地域包括ケアシステムと公的介護保険	林 拓男	174
青木医院モデルと公的介護保険	青木 佳之	182
町村の取り組みと公的介護保険	松川 誠	184
シンポジウム「障害者プランの策定と実施をめぐって」		
提言「障害者プランについて」	小池 将文	188
私とノーマライゼーション	[シンポジスト] 国里 房子	191
障害者プランの概要	[シンポジスト] 今田 恒子	193
障害者プランから見た福祉のまちづくり	[シンポジスト] 出井 敏雅	193
小規模作業所に夢を	[シンポジスト] 谷川 増雄	193
閉 会		
閉会のあいさつ	江草 安彦	196
次回開催地から	手塚 直樹	196
資 料		
(1) 開催要綱		198
(2) プログラム		199
(3) 実行委員会委員一覧		203

開

会



主催者あいさつ 板山 賢治
実行委員長あいさつ 江草 安彦

主催者あいさつ

板山 賢治

日本障害者リハビリテーション協会副会長

ご紹介をいただきました日本障害者リハビリテーション協会の板山でございます。

第19回の総合リハビリテーション研究大会開会式に当たりまして、ひとこと開会のご挨拶を申し上げます。

すばらしい天気の中で、こんなすばらしい会場で、第19回の大会をもてますこと、そして、全国からリハビリテーションの同志ともいべき皆さんをお迎えし、地元の方々、さらには、学生の諸君が参加をしてくださって、600名余りの参加者を予定しておると伺いました。

さらに、総合的リハビリテーション大会でありますとともに、国際的な色彩を豊かに彩っていただきますように、アジアの3カ国から私たちの仲間をお迎えをして、この研究大会が開催できますこと、本当に有り難く、かつ、すばらしいことだと感激をいたしております。これもひとえに、江草委員長を中心といたします22名の地元実行委員の皆さま方のお力添えによるものでございまして、この機会に深く深く御礼申しあげたいと思えます。

この大会も19回を数えます。各地において開催をされておりますけれども、この中四国地域では初めての研究大会であります。この大会が、こんなにも国際色豊かに、そして、600人を超える同志の皆さま方がお集まりをいただきまして、研究に、実践に、そして、政策・行政の立案にかかわる皆さま方が幅広くご参加をいただいておりますことを、本当に有り難いことだと思っております。最近、我が国のリハビリテーションを巡ります諸環境は、急ピッチで変わりつつあります。3年前に、障害者基本法が誕生いたしました。そして、従来遅れがちでありましたさまざまな分野における法律の整備、あるいは、プランの策定というようなものが急ピッチで進んでいます。新ゴールドプランもそうでありますし、障害者分野におきま

す障害者プランの策定、あるいは、少子社会に対応するエンゼルプランの策定など、さまざまな形で制度の整備・計画の策定が急ピッチに進んでおるのであります。

これらは、いずれもその冒頭の文章を眺めておりますと、ノーマライゼーションの理念とリハビリテーションの理念に基づいて、これからの施策、プログラムは推進すると、こう書いてあるのであります。あるいは、最近リハビリテーション科が大学・国立病院等で標榜科として認知されました。リウマチ科も認知されました。また、スピーチセラピスト等の資格制度の検討も始まっておりますし、保健・医療・福祉に関します人材養成確保に関する検討も急ピッチで進みつつあります。こんな風に、法律や制度が変わり、プログラムができ、マンパワー対策も少しづつ前進しようとしておりますけれども、私はいくつか心配なことを感ずるのであります。それは、ともしますと、法律や制度を作る、プログラムを作る、計画を作る、というふうなことに、どうも最近の厚生省、その他を含めて、政府当局の目が向きがちであります。

地方自治体もそうした動きに動かされがちであります。かつこの良い計画はできる、プログラムはできる、制度はできる、通知は出される、けれども、本当に一人一人の障害者やお年寄りの暮らしの中に、生活の中に、本当の意味での変化が生まれてきているか、QOL、豊かな暮らしが実現してきているか、ということを考えますと、必ずしもそうではありません。障害者福祉を考えてみましても、老人の問題を考えてみましても、一人一人の障害者がもっている可能性を最大限に生かす、一人一人の高齢障害者が持っている問題解決が具体的に進むところに、本当の福祉の意味があるのでありまして、プランを作り、計画を作ればそれでいいというものではありません。具体的に障害者の一人一人の暮らしを変え、お年寄りの寝たきりの状態を改善していくのは、まさに私たちリハビリテーション分野に投げかけられている課題だと思っております。

政府当局、あるいは、地方自治体の動きをみましても、本当の意味で一人一人の障害者の暮らしを変えるような、可能性を作り上げていくような、

そうしたリハビリテーション分野に目を向けた施策が何かなされているか、あるいは、目標が示されているか、と考えますと、誠に寒々しいものを感じます。障害者リハビリテーション施設の設定やそこで働く人々の条件や、あるいは、新しい時代が生み出しています情報機器やそういうものが本当に障害者施設に行き渡っているであろうか。一人一人の障害者の机の上に、家庭の中にそうした福祉用具が使っていけるような仕組みができていくかどうか、そんなことを考えますと、少々施策の重点の向きを間違えているのではないかと、そんな感じすらするのであります。私たちここに集まりました関係者は、日頃の実践の中で、日頃のご苦労の中で、問題として持っているものをお互いに出し合い、交流し、研究し、討議して、これを新しい時代におけるリハビリテーションの在り方、一人一人の障害者やお年寄りの暮らしを変えていくために何をなすべきかを一緒に考える、そんな機会にさせていただきたいものだと思うのであります。

江草委員長を中心とする皆さま方のご工夫によりまして、基調講演から始まり、国際交流シンポジウム、さらには分科会、そして、障害者プランとの関わり等を含めてのシンポジウムなど、すばらしいプログラムを作ってくださいしております。

私たち関係者は、このすばらしい環境の中で、会場の中で、そうしたプログラムを十分に生かしながら、21世紀のリハビリテーションについて考え、議論し、そして、何かが生まれるきっかけをこの大会において実現していきたいものだと思うのであります。

出会いは感動であります。本大会での出会いの中から何かが始まらなければいけません。

ぜひ、600人を超える私たちの同志が集まりましたこの機会に、その感動を一つの行動に移していくような、そういう具体的な芽生えを育て、行動するような、そんなリハビリテーション大会にさせていただければ主催者としてこううえない喜びであります。

明年、第20回大会を迎えます。明年は、第2次障害者の10年、アジア太平洋障害者の10年の中間年にあたります。明年の20回大会は、このリハビリテーション研究大会の成人式でもありますので、東京で開催を予定いたして、すでに、準備委員の皆さま方が知恵を絞りつつあります。来年の20回大会を中間年大会として、成人式の大会にしていくためにも、この19回大会に結集されました皆さま方が、日頃のご苦労や実践や研究を出し合って、20回大会に、さらに21世紀のリハビリテーションの在り方を訪ねる一つの出発点にさせていただきますことを心からお願い申し上げたいと思います。そうすることが、江草委員長を中心とする実行委員会の皆さま方のご苦労に報いる道でもあるとこのように思っております。

主催者といたしまして、全国からお集まりいただきました皆さまに感謝を申し上げ、かつ、地元で準備をしてくださいましたボランティアの皆さまをも含めてのご苦労に対しまして、心からの感謝を申しあげ、同時に、3つの国からご参加をいただきました皆さま方に心からの歓迎の意を表しまして、挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。

実行委員長あいさつ

江草 安彦

第19回総合リハビリテーション研究大会実行委員長
旭川荘理事長 川崎医療福祉大学学長

第19回の総合リハビリテーション研究大会を、ここ岡山で開催いたしましたところ、多数の皆さまにお越しいただくことができました。

本研究大会は、従来は政令都市で開催されておりましたが、今回初めて地方都市で開催されることになりました。そこで、多くの皆さまにご参集いただけるかどうかという点について、心配しておりました。ところが、まったくその心配は杞憂に終わりました。ありがとうございました。

板山副会長のご挨拶にもありましたように、ご参加いただいた方もリハビリテーションあるいは人間尊重に関わるあらゆる職種の方々、そしてまた学生さん、ご本人と多方面からの参加者を得たことも、大きな喜びでございます。

さて、今回の大会を引き受けるに当たりまして、何か特色を出すようにというお言葉をいただきました。そこで、私たちは、20世紀はもはや幕を降ろそうとしている今日、新しい世紀はどのようなものであったらよいのだろうか、考えてみようとお話し合いました。もちろんリハビリテーション、ノーマリゼーションという理念と実践をいよいよ明らかにするのは言うまでもありませんが、しかし、もう一つ、国と国との境を取り払って、

みんなお互いに人間という点を強調すべきではないかということになりました。ついては、一番近い国韓国、そして、次に近い中国、そして、多くの点で私どもがしばしば交流しておりましたタイの方々をお迎えして、お話を聞かせていただくことはいかがであろうかということになり、これらの諸国から講師によるシンポジウムを予定しました。

講師の先生方は、お招きいたしましたところ、大変多忙の中にも関わらず、喜んで参加していただきました。心からお礼を申し上げたいと思います。

皆様ご承知のように、リヨンで開催されましたサミットで、橋本首相は、「世界福祉イニシャティブ」を提案されました。今までのサミットでは、政治経済的論理が優先した内容でありましたが、今回は、橋本さんは人間がみんなしあわせになるように、お互いが持っている知恵を提供しあおうではないかということで、新しい考えが提案されたわけでございます。その結果、この12月の初めには、沖縄を会場として、アジア社会保障担当閣僚会議がまず開催されることになりました。こうした動向の中で、この2日間の研究大会を感動の一時にさせていただくよう板山副会長がおっしゃっていただきましたが、皆さんの交流の場としても、十二分にお使いいただければ有り難いと思う次第でございます。

第19回総合リハビリテーション研究大会の成功を祈り、ご挨拶を終わります。

基 調 講 演



21世紀の保健福祉を支えるもの 京極 高宣

21世紀の保健福祉を支えるもの

京極 高宣

日本社会事業大学学長

おはようございます。ご紹介に預かりました京極です。

冒頭に、ちょっと最近の厚生行政の不祥事件がございますので、少しそのことにふれてみたいと思います。実は私もいろんな関係者と名刺交換をしていますので、今回の綾福祉グループの方とはどうかと思って、たくさん名刺から調べましたら、ひとつもなく、よかったなと思っています。そればかりではなくて、今年はエイズから始まりまして、最後は厚生省幹部の不祥事ということで、厚生行政が大変信頼を失った年でもありました。ただこのことは、時代のやはり先端に厚生行政ならびに福祉関係があるということの一つの証左でもありますので、「災い転じて福となす」ということで、実は来年の春にでます社会福祉医療事業団の雑誌WAMで、まだこの事件がはっきりしないときだったんですけれども、1997年はそういうことのないように信頼を回復してほしいと書きました。ちょうど審議会が終わったときに、こういう事件が発覚いたしました、非常にショックだったのですが、実際に福祉行政そのものはこれからますます大事になってきます。また、国民の注目をあびる、それだけに、不心得な人間とか、問題を起こさないように、関係者もやはり身を引き締めてやっていかなければならないと思っております。やっぱり国がどうの、県や市町村がどうのということではなくて、国民全体が社会福祉を守り育てると、そして、不心得な人間が入らないような形でやっていかなければならないと思っておりますので、そのことについて一言申しあげたいと思っておりました。

実は、今日はお招きいただきまして大変光栄なことではございますが、私は何分リハビリテーションそのものについては専門家ではございませんので、このお話を引き受ける時、若干躊躇いたしましたけれども、ほかならぬ実行委員長の江草安

彦先生がどうしてもということではございましたので、私なりに日頃から感じてきたこととお話することで、お許しいただきたいと思っております。

実は、このリハビリテーションのとの関わりにつきましては、私は日本社会事業大学に21年前に入りましたときに、最初に調査の仕事で受けましたのが、山梨県の障害者の就労システムの開発ということでございました。当時学長でした仲村優一先生が、山梨県に県立美術館ができて、ミレーの「種を蒔く人」というのがあるので行かないかというので一緒についていきましたら、どうも話が違いました。障害者のいろんな施設を見て、帰ってきたら、「京極君ひとつ報告書を書いてくれ」と、全然用意しておりませんので、当時お隣にお座りの小川孟先生とか、それから、お亡くなりになりました小島容子先生ですね、社会リハで有名な方ではございましたし、それから、淑徳大学の高橋五江先生などと一緒には報告書をまとめて、大変四苦八苦いたしましてやったのが最初の仕事でございました。

最初の私の原案は、諸先生方の手が入りまして、真っ赤になりまして、原型をとどめない形になったわけですが、しかし、障害者の就労の問題というは大変深い問題で、一経済学者がちょっとつっこむことではとても太刀打ちできない。また理念としては、ちょっと先取りしすぎたきらいがありまして、たとえば、障害の種類に関わらず、すべての障害者が健常者と一緒になって働く場をどうやって作ったらいいかと、そして、山梨県の福祉村というところを拠点に、地域に作業所とか、働く場所をネットワークを張っていくシステムを開発しようではないかということで、非常に理念に燃えたといえますか、新しい考え方で動き、まとめました。しかし当時はまだ厚生行政が非常に縦割りでした、今日のように障害保健福祉部があるわけではございません。当時は児童家庭局、社会局、医務局ですか、そういうのにまたがってまして、なかなか障害の問題を一緒に考えるということではできないという仕掛けで、この調査の報告は20年前でしたので、必ずしも、実現できなかったわけではございます。そうこうしているうちに、今度は、滋賀県で、障害者の就労の問題をやりた

い、これも偶然ではございますが、先ほどご挨拶をいただきました板山賢治リハ協副会長からですね、当時私ども大学の研究所教授兼専務理事でありましたので、京極さんも少しそういう実態調査に参加しないかということで、うちのいま学部長である佐藤久夫先生とか、丸山一郎さんとか、一緒に滋賀県に行きまして、またそこでも調査のお手伝いをしたということで、比較的障害者の就労の問題については、20年前から少しやってたということでございます。またそうこうしているうちに、川崎とか横浜でリハビリテーションセンターを作るということで、これもまた足をつっこみまして、リハビリテーションについては、専門家のもちろん医師、その他の関係者がいろいろ研究されているわけですが、リハビリテーションセンターの研究というのはないのですね。で、いろいろ指定都市のセンターの在り方とか、それぞれ個性がありまして、実際に足で歩いて、お隣の広島県にも行き、九州にも行きましたけれども、いろいろ実態を調べまして、これも報告書をまとめたりしました。あえていいますと、いろいろ障害者福祉とか、リハビリテーションについては調査を通じてちょっと覗いてみたというようなこととございますので、特段20世紀にこうすべきだというようなことをお話しするような材料はございません。しかし、全体として、わが国の社会保障、社会福祉がいま21世紀を前にして、大きく転換されているときでございますので、その点について何かご参考になることがいえればと思っているわけでありませぬ。

社会保障全体につきましては、先般、社会保障制度審議会からいろいろでましたし、厚生省も21世紀福祉ビジョンなどで方向がでておりますし、また、最近、社会保障関係の審議会が協議いたしまして、中間報告などでしておりますので、大きくひとつの時代の転換点を迎えているということがおわかりだと思います。これを私なりに整理いたしますと、従来の社会保障は、昭和25年のいわゆる1950年の社会保障制度審議会の勧告で、当時会長でございました大内兵衛先生を基に日本の社会保障はこうあるべきと、年金福祉の体系をしめして、当時まだ介護年金・介護保険もなかったとき、

将来はこうすべきというものをだしたわけでございます。

その当時としては、大変意義のある勧告だったと思いますけれども、今日から考えてみますと、当時は高齢化社会が始まったわけではございません。一番大きな問題は、低所得者対策、貧困問題でございましたので、社会保障全体が貧困をどう解決するかということに力点が分かれたということは否めない事実でございます。そして、それについては国家が責任を持つということも、これも否めない事実でございます。したがって、所得保障を中心とした国家による保障という性格が大変強かったわけでありませぬ。ところが、今日少子高齢者社会を迎えまして、社会保障の力点は何にあるかといいますと、もちろん、貧困問題も大事ではございますけれども、それ以上に、介護政策をどうするかとか、老後の生活保障をどうするかとか、障害者の生活保障をどうするかとか、そういう広い生活保障ということが話題になっていると思えます。それをまた、国のみならず、都道府県・市町村、そして民間団体、あるいは国民一人一人が参加をして、社会保障を全体としてどう盛り立てて行くのかと、まあ、国民連帯ということが言われているわけですが、そういった社会保障の考え方に大きく転換してるときだというふうに思っているわけでありませぬ。

そして、社会保障につきましても、社会保障を一つ比喩的に申しますと、生活の量と質という問題がございますけれども、たとえば、ごはんなんかでも昔の食事での、生活の量というのは、ごはんを多く盛って、たくさん何杯食べるかがご馳走だったわけでありませぬけれども、今はそうではありませぬ。ちょっとごはんを少なめに、いろいろ各種おかずを揃えて召しあがると、これが生活の質を表すわけです。実は、国民生活全体が生活の量から生活の質へと転換をしている最中でありませぬけれども、社会保障についても同じ事が言えまして、社会保障の質への時代を迎えているということが言えるかと思えます。

なぜかと申しますと、社会保障の量というのは、年金が少ないときには年金の額をなるべく大きくする、そして、すべての人たちが年金をもらえる

ようにする、医療についても、医療保険の対象幅を広げて、国民あまねく医療保険の適用ができるようにする。福祉についても同様でございます。ところがこれからはですね、ただ単なる量的な拡大ではいけない、社会保障の質というものが大事になってくると思っているわけでありまして。それでは、社会保障の質とは何かと申しますと、これは、一つは、社会保障を構成している諸サービスの質が高くなるということでありまして。諸サービスの質を高くするということが、社会保障になっている人々、具体的な現場でいえば、保健・医療・福祉のさまざまな担い手の人々の質が高くなければ、これは社会保障の質が高いとは言えないわけでございます。特に、福祉関係は、従来は資格制度もはっきりしておりませんでしたけれども、だんだんと近年資格制度が充実化してきているわけでありまして。そういうサービスをささえる人々の質というものがより高くなければ、国民は満足されないという時代にきているのではないかと思います。そして、社会保障の質は、もう一つは、諸サービスがばらばらにやられるのではなくて、それぞれ連携をされて、特に保健・医療・福祉については、密接な連携の基で進む、まさに、リハビリテーションは、総合的なリハビリテーションにつきましても、そのことがいえるわけでありまして、いかに連携が保たれるかと言うことが、社会保障の質を決めるのではないかと思います。個々ばらばらにそれぞれ年金がりっぱにでき、医療が立派にでき、福祉サービスが立派に展開されても、相互関係がなければ、これは社会保障の質が高いとは言えません。そういった点で、連携ということが非常に重要です。それからもう一つは、これは社会保障の在り方ですけれども、国とか行政にお任せするだけでなく、国民も参加をして、公私のパートナーシップということもありますけれども、官民一体という言葉もありますけれども、官民一体というとちょっと昔風で、私はあまり好まない表現ではありますけれども、公私のパートナーシップでそれぞれ協力し合って、国民連帯で進めていくということも社会保障の質ではないかと思っております。

そんなことを前置きにお話ししまして、リハビ

リテーション、まさに、社会保障の質を一番象徴的に示す分野であるというふうに思いますので、21世紀には、ぜひそういう方向に大きく踏み出してもらいたいと思っております。ちなみに、障害者分野につきましても、厚生省も大臣官房の中に障害保健福祉部ができて、いままでばらばらにやられた障害福祉行政、障害保健行政が一つになっていくということで、新しい時代を迎えて、しかも、障害者プランができて、これは大変画期的なことだと思っております。特に、障害者につきましても、私、老人に関してほどいろいろ関わってきたわけではありますけれども、やはりいろんな種類がありますし、いろんな程度がありますし、障害者の生活も多様でございます。高齢者の問題と比べても、非常に難しいさまざまな難問を抱えているわけでありまして、そこが、一つ一緒になってやれるということは、非常に大きなものであると思っております。障害者プランにつきましても、まだ完全なものであるというわけではございません。どちらかという、老人保健福祉計画が先に先行して、その次にエンジェルプランが続いて、障害者プランが続くということで、3つ出揃いましたけれども、どちらかという、老人が先行したわけでありまして、特に、ゴールドプラン、新ゴールドプランで十分蓄積をしたと言うことです。それを踏まえて、あとでお話しします公的介護保険もスタートするわけで、障害者保健福祉分野については、もう少し蓄積が必要だという時期であります。私なりに感じますのは、やっぱり都道府県と市町村の役割分担というのはまだ明確ではない。リハビリテーションセンターとか、そういうのは都道府県の役割が大きいですし、在宅福祉、小規模な施設なんかについては、市町村がやはり積極的に権限をもって展開していくべきだと、市町村長さんが計画を立てる時に、措置権も何もない中で計画を立てるということは、非常に難しいわけでありまして。そういった点で、なるべく住民に身近な市町村が障害者行政についても、積極的に関わる態勢を作ることが大事で、それを県が応援し、国が支えるというふうにはやっていかなくてはならない。いろいろ市町村には実情がありますけれども、基本の姿勢としては

そういうことがいえる。そして、縦割り行政の弊害が、これほど難しい分野にないわけでありまして、高齢者の場合でありますと、保健と医療ということでいいわけでありまして、障害者の問題につきましては、それに教育や労働や住宅、その他関連行政が大変な関わり合いをもつわけでございます。そういうものをどう進めていくかということについては、まさに実験的なことでありまして、これが21世紀にいかに関花するか、花開いていくかということで、まさに、社会福祉の最先端の課題がこれから展開されようとしていると思うわけでありまして、それなことで、これからの障害者政策については、非常に困難とともに期待もでございます。

この分野につきましては、本当にいろんな方々のお知恵が必要だというふうに思いますし、非常におもしろい、まさに学際的で、かつ役所でいうと官際的であり、そして、国際交流ということもありまして、幅広い縦割りのものを横につないでいくような分野として期待されている。

糸賀一雄先生が障害者の子供について、「この子らを世の光に」という有名な言葉を作られましたけど、今度糸賀一雄賞ができますが、私もその委員になりましたけれども、まさに障害者福祉そのものも、世の光になっていかなければいけないと、そんなふうに思っているわけでありまして。

そして、今日はそのことで、障害者のことは大きく立ち入ることはできませんけれども、実は昨日岡山に来る途中で、私も尊敬しております上田敏先生の『リハビリテーションの世界』という本をにわか勉強で勉強しまして、前に一度読んだんですけど、もう一度拝見いたしまして、大変深い本で、リハビリテーションの魅力というのが非常に書かれている本であります。その中で、最近、この本の書かれてから今日の間私なりに感じていることがありました。今度の障害者プランもそうですけれども、リハビリテーションとノーマライゼーションというのを理念として、それを踏まえて、いろんな政策を展開すると、これは言葉を変えると、自立と共生ということ踏まえていくと同じことになるかと思っておりますけれども、もう少し理念的に詰めた概念として、リハビリテーシ

ョンとノーマライゼーションという二つの理念を基礎に政策を展開していくと、あるいは、行動を展開していくということでございます。その時につくづく思いますのは、リハビリテーションという個の自立ということに焦点を当てた、一つの理念、これは非常に大きなものでありまして、人々が人間らしく生きていくことを発見するということで、理念は非常に幅広いわけでございます。しかし、リハビリテーションの理念とリハビリテーションサービスという具体的な次元は、やはり分けて考える必要があると、昨日小川先生と板山先生と一緒に話ししまして、そんなことを議論していました。そして、それとリハビリテーションサイエンス、つまり、リハビリテーション医学をはじめとする諸科学、この3つの次元をやはりきちりと区別をして、リハビリテーションの理念というものを非常に大きなものとして押さえて、その上で、リハビリテーションの諸サービスという次元で、これはあまり広くなってしまうとすべてリハビリになってしまいますので、やはり、障害者とお年寄りの個の自立ということを中心に、どう関わっていくかということを中心に、諸サービスが、専門的なサービスが展開されると、そして、その諸サービスを科学的に位置づけるリハビリテーションサイエンスという諸科学というものを確立すると、この3つのことが区別されなくてはならないと思うわけでありまして。

もちろん相互に関係がございますし、深いつながりがあるわけですが、それが必要だと、特に21世紀におきましては、リハビリテーションの理念というものは、国民にすべからく浸透していかなければならないわけで、行政とか、あるいは、専門家がもっていればいいというわけではなく、国民一人一人がそういう気持ちをもっていくということが大事でしょう。また、リハビリテーションを支える施設もそれぞれが独自に発展をし、連携をどう進められていくかということについて、相当いろんな壁がありますし、そういう壁を越えていかなければならない。そして、リハビリテーションサイエンスという点では、リハビリテーション医学が先行しておりますけれども、リハビリテーションに関わるソーシャルワークの在り方と

か、あるいは、教育や職業訓練の在り方とか、そういうことにつきましては、まだこれからもっともっと発展する余地があるのではないかと思うわけであります。

そういった点で考えますと、実は、私は障害の概念につきましても、私ども大学の佐藤久夫さんがよくいろいろ概念について論文を書いておりますけれども、インペアメント、ディスアビリティ、ハンディキャップ、というこの3つの層というものを総合的にとらえて、障害を理解していくということには非常に大賛成でございます。やはりなんととっても、私はその3つの中では、ディスアビリティというところ、そこを核に、中核に理解していくと、そして、そのいろんな要因となっているインペアメントについてどう変わるか、あるいは、社会的な環境を含めて、社会的不利をどうなくしていくかということ、その基本のそこはディスアビリティにおいてもものをとらえていくということがきわめて重要ではないかと思っているわけです。

最近、OTの大会にも参加する機会を得まして、たまたまお話しさせていただきましたけれども、日本ではPT・OTとの区別があまりはっきりしませんで、何となくそのOTの方がPTのちょっと影に隠れたりしているような感じもします。こんなことを言ったら語弊があって怒られるかもしれませんが、どうもそのアメリカ流のOTが非常に日本を支配しているような気がしまして、デンマークに行きますと、全然OTの活躍分野が違ってまして、OTが在宅でものすごい活躍をしている。老人や障害者の在宅の生活のいろんな器具、福祉器、保健介護機器なんかの適用訓練から、住宅改造から、いろいろ関わり合いを持ってやってらっしゃる。どうも日本は、病院でPTのサポートをしているのがOTという感じが、どうも私のイメージに強いもんですから、OT協会の大会で少しハッパをかけまして、もともとオキュペイショナル・セラピストという作業療法ってのは、作業という言葉が何となく労働作業というイメージが大変強いんですね。そうじゃなくて、日常動作も含めて、もう少し基礎的な訓練、リハビリテーションのある医学的な訓練を終えたのち、日常生

活、そして、学校の教育、あるいは、労働、仕事の場、そういう生活動作、生活に馴染むところのリハビリということであれば、まさに在宅の中心的な担い手になるのではないかと思います。だから、これから少し、仕事の分野も増えてきますし、そうしますと、今名称独占でわりと仲間を多く増やさない傾向があるわけですけど、もっと増やしていいんじゃないかということです。そして、これから介護保険などができますと、措置制度のように最低基準みたいのがありまして、施設長がいて、指導員がいて、看護婦がいて、寮母が何名と、いうことも少し弾力化してまして、そこにはOTが必ずいるというふうにしてもいいんじゃないかと、在宅サービスも今度リハビリテーションの保険に入るようになりますから、そこにOTがいて、どんどん活躍できるという場が増えてくるのではないかと、期待も申しあげたわけでございます。そのディスアビリティに一番近い、深く関わるところがOTを中心としたスタッフじゃないかとそんなふうに思っておりまして、また、介護ワーカー、ケアワーカーが一番関わるのもディスアビリティのところを中心にしてくるんじゃないかと、そんなふうに考えております。

今日はあえて申しますと、少し公的介護保険についてお話ししたいと思っております。と申しますのは、いま国会に上程されているわけではありますけれども、先ほど冒頭で申しました不祥事などで、介護保険がへたすると危うくなってきってしまうという情勢もありますので、特に、この私10年間介護保険のことには関わり合いを持ってきてまして、全社協の情報センターの所長として勤務をしておりました。当時、板山先生も全社協の常務理事もおやりになったと思います。私は研究所センターの所長もやってまして、当初、何を研究所のセンターで研究したらいいかと、その一つが社会福祉士や、介護福祉士など、福祉の専門職の処遇・待遇の在り方、これは後の人材指針になったのでありますけれども、このことを研究しようと、もう一つはですね、介護保険のこと、介護費用の社会的在り方と抽象化しましたけど、その2つを研究しておりまして、厚生省の方々にもいろいろ入っていただきまして議論してたわけです。非常

にその点では思い出深いと言いますか、関わりがありましたので、当初はまだドイツの介護保険を見ながら、ドイツの真似をしようなんていう考え方も強かったわけですが、やはりだんだんと国内の議論に引きつけられまして、日本のやはり風土に馴染んだ保険がどうあるべきかということで、いろいろと議論いたしました。約10年前には私どもの大学の研究所の所長をやっています古瀬徹教授など、以前ドイツの大使館におりまして、厚生省にかえってきて、すぐに介護保険を日本で作ったらいいと提案された。私はその頃は厚生省の専門官でおりましたけれども、ちょっと時期尚早じゃないかという気がいたしました。でも、非常に斬新なアイデアでおもしろいと思っておりました。その後、情報センター所長になりましたときに、ひとつじっくり研究しようじゃないかということで研究しまして、当時は、まず介護保険を作ることがいいことかどうかということ、現行の措置制度、ないし、介護手当を拡大した方がいいんじゃないかとかこういう考え方もございました。それから、介護保険を作るにしても、年金にちょっとお金を足して、障害者加算と同じように、年金で介護の必要な人には3万円とか多ければ5万円ぐらいプラスしてやればという考えも有力でした。いろいろ介護にかかる出費がかさみますので、たとえば、タクシーに乗る回数も多いですし、いろいろな人に来てもらったりすることもあるし、いろいろなことで出費がかさみますので、介護加算ということで年金に足したらどうかという意見。それからもう一つは、現行の医療保険の中に介護分野を全部入れちゃう、老人医療制度がありますけれども、あんな形にしてやって、福祉から切り離すとかこういう意見もありました。今のように新しい介護保険を作るという意見は、実は私を含めて極少数派でございました。なぜかという、非常にそれは理想主義であって、現実にはできるものかどうかと非常に危ぶまれたわけでありまして。私も厚生省の幹部の人と話すとき「京極さんそれは理想主義だ」と、「日本の現実ではそんな制度なんかはできやしない」と言われまして、そうなのかなと思っておりました。ところが、段々、段々と議論して、議論してこう詰めてきますと、やっぱ

り年金にお金を足すのは、たしかに制度としては作り易いんですけども、今の障害者やお年寄りの方がどうしているかという、年金もお金を貯めているわけですね。亡くなったときに結構お金を残している方が多いわけです。これは、老後の不安とか、いろんな生活不安、特に要介護状態、非常にきつくなった場合にお金があると、医療はまだ医療制度がいろいろありますので受けられますけど、介護については今のところ、たとえば、特別養護老人ホームに入ろうと思っても、都市部では3年待たなければ入れない。こんな状態では不安ですからお金をもっているわけです。ですから、いくらお金を出しても、出しても、それは預貯金にまわってしまってサービスにはいかない、まして、痴呆性老人になんかなりますと、果たしてそれを使えるかどうか、お金をですね、家族の方がみんな持っていってしまうかもしれない。こういうことを考えますと、年金に足すということは作りやすい制度であるけれども、本当に生活の質の向上にはつながっていかない制度であると、欠点もあるということです。それから、医療保険の中に作り込むのは、今日は有名なお医者さんの方もいっぱいいらっしゃいますので言にくいのですが、今の現行医療制度のへたすると矛盾を拡大することになりかねない。医師指導型の治療中心のシステムには非常に馴染む医療保険も、介護になりますと、保健・医療・福祉という3つの分野が総合的に一体になって提供される必要がありますので、医療保険でありますと、お金は確かに医療の財源は大きいですからいいんですけど、へたをすると従来福祉がやってきた、あるいは、保健サービスがやってきた、より生活者の立場にたった支援というのが消えてしまう恐れがある、ケアにはよくてもケアには不向きなところがあるというようなことが議論されてきて、そして、残りました最後の保健・医療・福祉を真に連結させるのに、独自の社会保険を作るということに落ち着いてきたわけです。これもですね、国・都道府県・市町村がどの程度関与するかというがありましたけれども、市町村で現行で、老人保健福祉サービスがやられているわけですから、ここを中心に県が支援し、国が支援するという形にシステムを

作ると、ドイツとは違いまして、基盤整備のみならず、ランニングコストについても公費を半分助成しましょうということになったわけです。ドイツは労使折半でありますので、いわゆる行政の負担というのは基盤整備以外はしてないわけですが、その点では、日本的なやり方であります。完全に税金ですべてやるんでもなければ、完全に純粋な社会保険で労使折半でやるんでもない。そこに行政のお金が半分はあって、あとは社会保険料でやっていきたいと思います、こういうシステムが一応かたまってきたわけでありまして、これも、審議会の中でいろんな議論をしまして、審議会でもいろんな審議会がありますけれども、特に、老人保健福祉審議会は、さまざまな方々が利益代表者としても出ているわけでありまして。医療は、医師会、看護協会、歯科医師会、薬剤士会、それぞれ代表が出ていますし、福祉も労使協、それから老人の代表として老人クラブの方もいらっしゃいますし、いろんな方たちが出ています。そういう中で、そして、経営者の団体、労働組合、そういう中で議論していきますから、なかなかまとまるのも大変なんですけれども、しかし、そこでまとまれば、国会に出ても、そう大きな反対はないということで、基本的には、介護保険は今の民主党管さんが厚生大臣の時に老人保健福祉審議会で結論ができましたので、民主党も含めて賛成ということで、政府与党・民主党で賛成が得られれば、国会は通るのではないかと思います。ただ、非常に大きな問題は、今回の公的介護保険はあくまで高齢者を中心とした介護保険なので、その他の問題についてどんなんだろうかと、これはおそらく、付帯決議などで考えていかなければならない問題でありまして、たとえば、障害者の問題は入ってないじゃないかと、この点については、会場にご参加の方も疑問をお持ちの方もいらっしゃると思います。私も当然そういう問題意識をもっているわけでありまして。ただ、これを考えていったときに、一つは、ドイツの場合も障害者が入っていますけれども、あれは本当に最後の最後に障害者の分野も含めることになったわけですが、最初は高齢者という問題を中心に考えて、差し迫った高齢社会をどう対応するかと、財政的にも毎年毎年

予算に振り回されないで、長期的な展望で財源を確保し、使いやすいシステムとして議論されてたわけですので、わが国も同様でございます。高齢者介護については、介護認定についても障害者に比べてずっとやさしいですからやりやすい。そして、そのかわり、保険料もですね、その当初20歳からという意見もありましたけれど、老化をとまなう障害が発生する可能性がある40代からということで保険料を取りまして、第二号保険者、被保険者として位置づける、65歳以上は主として第1号保険者で、被保険者で、メインの対象者となるということに落ち着いたわけでありまして。

障害者につきましては、将来の課題として考えていこうと、ただ障害者福祉については、先ほど申しましたように現行措置制度でもっと手厚くして、準備をして、十分基盤を整備して、将来保険を導入するかどうかを検討するというふうな段取りとしてはなっていないかざるを得ない。障害もいろんな分野がありますので、たとえば、障害一般ということでなかなか処理はできないわけでありまして、視覚障害、聴覚障害、内部障害、身体障害、それに知的障害の問題がありまして、それぞれ要介護度をどう判定して、どういう基準を作っていけばいいのか、これは簡単なことではありません。それから一つの団体でも反対があれば通らなくなっちゃうということもあるわけでありまして、これについてはしっかり考える必要がある。そして、もし将来、障害者の問題で、障害福祉行政、あるいは、障害福祉政策を全部介護政策でやるのはちょっと狭すぎる考えで、障害者には教育も必要だし、職業訓練・就労の指導援助も必要だし、いろんな分野がありまして、障害福祉イコール介護というのはあまりにも狭隘な見方でありまして、障害福祉の中の一部が介護分野であります。この分野に保険を適用するということは、私は将来的には望ましいことだと思っておりますし、その間、障害者の方も保険に入っていたらということが大事であります。中には、障害者の運動をやってらっしゃる方には、24時間ケアが必要だと、しかも保険は負担もしたくないという考え方がいっぱいいらっしゃるんですけども、私はそれは今度の保険の論理から言いますと非常に違うんじゃないかと

思います。保険というのは、基本的には国民一人一人が加入して、事故が起きたときにそれを引き出すというしくみでありますので、一人一人が保険を構成する主体者なんですね。で、税金でやってもらうというのは特別な例でありまして、原則的には障害者の方も入っていただくと、そのあいだに20歳から保険を国民はみんな負担をして、保険料を払うとこういうふうになってくるんじゃないかと、また、そうなってほしいと思っているわけです。

そのときに、介護認定についても、それぞれ障害の種類ごとにどういうふうにするのか、きちっと学問的にも定めまして、そして、必要なサービスが在宅でも得られるような形にする、そして、障害者施設としては、特に、介護関係に非常に深く関わっている療護施設とか、肢体不自由児施設とか、そういう介護のウエイトの高いところに保険を適用するとういうふうな形になってくるんじゃないかと思っているわけでありまして、そういうふうな、障害者については展望をもってあります。付帯決議がどうなるかわかりませんが、将来課題として検討するということは当然行われていんじゃないかと思えます。それからさらに、公的介護保険の法律が通りましたが、法が通っても中身はこれから盛り込むわけですね。ごらんのように法律というのは食べ物で言いますと、いろんな種類の器でありまして、お皿でありまして、いっぱいお皿が出ていますけれども、そこに何を盛り込むのか、これは法律が施行されたあとであります。たとえば、介護認定も具体的にどうするかということ、これは今原案として事務局でいろいろ検討されてまして、専門家の知見を得て検討が進んでいますけど、これはいざ法律が施行されたときに何にもないんじゃないので、一応原案を用意してありますが、それを最終的に認めるのは、その介護認定の委員会できちっと定めなければいけない。そして、それを適用するのは、それぞれの保険団体が適用しなくてはならない。そういうことに関しては、これは法律が通ったのち早急に詰めなければならないことでもあります。

また、ケアマネージメントについても同様でございますが、いろいろ今言われていますけれども、

ケアのニーズの判定から、それに対するプランの提示から、それからそれをどう実行していくかと、コーディネートしてサービスを組み合わせるということというふうなこと等は、これから本格的に検討しなくちゃいけない。今いろいろ本も出ていますし、揺れておりますけれども、これは必ずしもお墨付きのあるケアマネージメントではございません。それから、その中で、保健・医療・福祉のそれぞれの担い手たちがどう関わり合いを持っていくのか、特に、私ども社会福祉関係者にとりましては、福祉の専門職である社会福祉士とか介護士がどうか関わっていくのか、大変関心事でございます。にもかかわらず、残念ながら、医師の方や看護婦の方に比べますとちょっと出遅れがありまして、もうすでに医師会や看護協会などでは、ケアマネージャーの研修をやっておりまして、福祉の方はちょっと遅れているなど感じもするわけでありまして、むしろ、こういう分野は福祉関係者が最も得意とするところでありまして、訓練すればするほど伸びてくる分野ではないかと、私は思っておるわけですね。そういうケアマネージメントの在り方についても、具体的に研究・開発をしていかなくちゃいけない。それから、このケアマネージメントというものが、あまり行政的になってはいけないと思うんですね。専門職のチームであるということは大変なんですけれども、これが行政的になりますと、たとえば、在宅介護支援センターみたいなケアマネージメント機関になりますと、そこにすべて届出をして、そこでお墨付きで、明日は何をする、次は何をする、全部決まらなないと、また、それを拒否したらだめだということになってしまうと第二の組織機関みたいになってしまうと、今の組織機関はもっと大らかであります。ゆるやかな措置ですけれども、もっと細かい、明日どうするということまで行政が決めるみたいな形になってしまいますと、非常に窮屈でございます。何のための介護保険かわからなくなってしまう。そこは弾力的に、やっぱりあくまでも利用者の立場にたつて、その人が選択をし、その人の都合に合わせてやっていく。ただ、わがままをゆるしてありますと、たとえば、私は寝たきりがすきだと寝ていると本当に寝たきりにな

っちゃうわけですから、そういうときには、アドバイスして起きていただくとか、いろんな訓練してやっていく必要があると思うんです。

で、そんな点でいろいろ研究していかないといけない問題があります。それから、私なりにこれは個人の意見ですけど、民間の保険と介護保険の関係がまた大きな問題になってくる。橋本首相も民間活力ということを大変強調されるのですけれど、公的介護保険については、かなり民間と公的なバランスで成立しているものではございますけれども、基本的にはこれまでの民間介護保障は公的介護保障の役割までも、こっそりとやらざるを得なかったということなんです。

今度は役割がはっきりしまして、公的介護保険に継ぎ足すものとして、補完するものとしての性格が明確になるわけですね。たとえば、シルバーサービスで非常に高いサービスがあると、保険では、たとえばこの人の介護認定では週3日しか来ないと、しかし、あと2日来てもらいたいときには、民間介護保険のお陰でもってサービスを購入してもいいわけでありまして。その他いろんなことが可能になってくる。つまり、公的なものがはっきりすると、民間の保険の役割も明確になってくるわけです。それから、民間サービスの主体も、今シルバーマークについていろいろクレームがついてますけれども、シルバーマーク自体は非常に大きな役割を果たして、サービスの質的担保をしたんですけれども、この使い方改善が必要です。たとえば、マークをとるには推薦者が2名いなくちゃいけなかったとか、いまこれはなくなりましたが、それから、1年間事業を実施しなくちゃいけないとか、行政もそのシルバーマークがないところはなるべく使わないとかやったものですから、非常に変なことになりました。もともとは、JISマークとか、JASマークとか消費者のいろんな安全のためにつくった様々なマークが今日本中いっぱいありますけれど、あれと同じように、最終的には消費者が選ぶベルマークとして作られたものであります。これはどうなるかこれからの課題ですけども、私はシルバーマークそのものを否定するのはあまりよくないのではないかと考えておりますけれども、どうも廃止の方向で検討が

進んでいるようでございます。

いずれにしても、民間の事業主体というのはこれからどんどん出てくると、いままでは市町村が、老人に関しては、直営にするか委託にするか別として、基本的に市町村がやっていたわけですけど、このサービスの提供と財政支援は帰ってくるわけですから、財政支援は保険でと、そして足りない部分は市町村の行政で補完をするということになってきます。個人的には、私的保険やその他個人のお金で補完をすると、そして、サービスの事業主体というのは非常に多様化してきますので、市町村のサービスが非常に悪ければ、消費者がいやあそこの私の住んでいる市町村のサービスはあまりよくないと、お役所仕事であまりサービス、親切じゃないと、私は民間シルバーのこちらの方がちょっと高いけどそっちを選びたい、だったら、そちらのサービスが伸びるわけですね。あるいは、その業者がいろいろあって、この業者は非常に口はうまいけどどうもサービスの中身はよくないと、こっちにしたいと、決めるのは全部消費者であるわけでありまして。それに対して、適切なアドバイスをぜひ情報提供を含めてするのが専門家の役割とこういうふうになっていくと思うんです。そういう点では、サービスの供給者は非常に多様化し、また、それが相互に競争しあって、より質の高いサービスが展開されている可能性を秘めていると思います。そういうことをまず申し上げたいと思っております。

その際ですね、また元に戻るわけでありまして、21世紀ということを考えますと、介護保険につきましてもその支える人の質、保健・医療・福祉をささえるそれぞれの質が変わんなくちゃいけない。特に、医療の世界の方々たくさんいらっしゃいますけれども、在宅医療というのは日本ではまだ低調ですね。昔はですね、開業医さんが地域でやっていたんですけども、戦後の高度成長の過程ですとその病院の医療というのが中心となってしまうと、在宅医療というのはだんだん萎んだような感じもします。これからは、この公的介護保険の突破口に在宅医療が進む、そして、保健・医療・福祉が地域の中で一体化されて展開される、そういう一つの財政的な拠点といえますか、

制度的な拠点というのができたわけで、それぞれの担い手が質を高めるということが、21世紀の一番重要な問題じゃないかと、そして、相互の連携をどうするかということ、これもいろいろと工夫が必要だと思います。連携の仕方についても、これも実際にいろいろな研修などでみますと、研修というのは専門職ごとに縦割りにやっているんですね。一緒にこうチームでやる研修なんかはあまりないわけでありまして、病院などすぐれた病院でこうチームでやっているところはよくそういうことをやってらっしゃるようですけど、経験はそう多くはない。そういう点でも、それから情報システムという点で、利用者に、利用者は必ずしも情報をもっているわけではございませんが、適切な情報が迅速に伝わるような情報のシステム化というのが重要だというふうに思います。

21世紀にはまだ数年ありますけども、これは、私21世紀というのは福祉にとっては、非常に期待

している世紀でありまして、やっぱりこう19世紀には社会福祉というのはあまりはっきりしなかったと、貧困問題についてのいろんな民間のチャリティ活動とかありましたけど、十分ではない。法律も十分ではなかった。20世紀になって、社会福祉はソーシャルワークという専門職もできましたし、非常に発展してきましたけど、まだ本当の発展ではないと思うんですね。21世紀こそ社会福祉の本当の展開、そして、保健・医療等と共に手を携えてリハビリテーションが大いに延びていく世紀が始まるのではないかと思います。まだ21世紀といっても、21世紀の前半と後半ではだいぶ違うようでもありますけども、少なくとも前半においても大いなる世紀になるのではないかと、こんな期待も申し上げて、大変ざっぱなお話でございましたけど、私の話の結びとしたいと思います。どうもご静聴ありがとうございました。

国際交流シンポジウム



韓国の障害者福祉制度概観 宋 永煜
上海市のリハビリテーション医学の展開における現状と展望 姜 廉益
タイにおけるとりハビリテーション Fuangfa Khunadorn

韓国の障害者福祉制度概観

宋 永焜
弁護士

1. ただいま紹介させていただいた宋永焜でございます。日本の第19回総合リハビリテーション研究大会に参加し、韓国の障害者福祉に関して報告する機会を持てるようになったことを大変、光栄と存じております。この大会に私をお招きくださった大会実行委員長江草安彦先生をはじめ大会関係者方々に深く感謝いたします。まず、おわびしておくことは、私の日本語であります。私は、日本で教育を受けたこともないし、正式に日本語を学んだこともない者であります。ひとりで独習したもので、発音、歯切れ、言葉遣い、文法が確（ただ）しくない所が、たくさんあると思います。みなさま方のお許しをお願いもうしあげます。

2. 今日の主題に入る前に、自己紹介をさせていただきます。私は、1937年、韓国ソウル生れであります。私は、1958年、ソウル大学校法科大学三年生、22歳の時、小児麻痺にかかって両下肢麻痺障害者になりました。その後、約一年間、リハビリテーション医療を受けて、1961年学校を卒業し、同年、高等考試に合格、1963年から今まで、弁護士として働いています。1961年、司法官試補を志願しましたが、障害者という理由で、任官を拒否されました。高級公務員任命において、障害者として差別を受けた最初のケースでありました。私は、他の障害者同志とともに、1965年、いまの韓国小児麻痺協会を組織し、今まで障害者人権運動を続けています。私が、今やっている仕事は、障害者利用施設である正立会館設置運営法人、韓国小児麻痺協会理事長、週刊障害人福祉新聞会長、韓国 DPI 会長、財団法人韓国障害人福祉体育会監事、社団法人韓国障害人父母会諮問委員等障害者関係のいろいろな仕事をやっています。

3. 私は、ひとりの法学徒に過ぎない者で、社会福祉、障害者問題の専門家ではありません。リハビリテーション関連の専門家でもありません。に

もかかわらず、今回、総合リハビリテーション研究大会のシンポジストとして参加したのは、障害者人権運動に関係し、障害者福祉施設の設立運営責任者を勤めているので、隣の国の制度と実情をまなびたかったからであります。

4. 私の韓国障害者福祉制度に関する報告は、韓国の障害者福祉制度変遷を中心としたもので、原稿が要録集にありますので、ご参考にさせていただきます。時間が制限されているので、原稿の中で、1970年代までは、控えてもらいます。

第3節 1980年代

1. 1980年代は、韓国の障害者福祉制度の跳躍期といえることができます。みなさまもよく知っているとおおり、1981年は、「世界障害者年」であり、1983-1992年は、「世界障害者10年」でありました。一方、UNは1982.12.3.「世界障害者10年行動計画」(THE WORLD PROGRAMME OF ACTION CONCERNING DISABLED PERSONS)を採択しました。世界障害者年、世界障害者10年及び世界障害者10年行動計画が、韓国の障害者福祉制度に大きな影響を及ぼしたのは勿論であります。

1) 心身障害者福祉法の制定

1981.6.5.韓国歴史上、最初の障害者福祉に関する総合的な法律といえる、心身障害者福祉法が公布されました。

この法律は、

- (1) 心身障害者の基準を定め
- (2) 再活相談及び医療機関又は心身障害者福祉施設への入所、通院措置
- (3) 補装具の交付
- (4) 雇用促進
- (5) 施設優先利用
- (6) 公共建物、交通、通信等の便宜施設
- (7) 障害者扶養手当
- (8) 心身障害者福祉施設の種類と設置運営

心身障害者福祉施設には、

- ① 肢体不自由者再活施設
- ② 視覚障害者再活施設
- ③ 聴覚言語機能障害者再活施設
- ④ 精神薄弱者再活施設
- ⑤ 心身障害者療養施設

⑥ 心身障害者勤労施設

⑦ 点字図書館

⑧ 点字出版施設

があります。

(9) 補装具製造修理の許可等に関して規定しています。

2) 身体障害者の自動車運転免許制度

1983.1.1.から身体障害者に自動車2種運転免許試験の応試資格が許容されました。

初には、肢体障害者に限って許容しましたが、今は、聴覚障害者も許容されております。

3) PARALYMPICの開催

1988.ソウルで、第8回障害者OLYMPIC(PARALYMPIC)大会が、開催されました。この為に、1984.ソウル障害者オリンピック大会組織委員会が構成され、4年間に渡って、大会開催を準備し、空港、競技場、選手の村、道路、交通手段、通信施設、其の他物理的環境に関する便宜施設の整備に着手し、道路の段差整理、リフト付き車輛の普及、化粧室の改造、エレベータ施設の整備、其他、接近性保障の為の作業が進行されました。政府は1984.450億WONを使って、各種の便宜施設を年次的に設置していくことにしました。便宜施設が新設された場所は、空港から選手村及び競技場までの動線を中心にするものであります。障害者オリンピック大会の開催に対しては、障害者団体からの反対運動もありましたが、この大会の開催で、国民の障害者に対する認識が著しく改善されたのも事実であります。ソウル障害者オリンピック大会が終わった後、100億ウオンの基本財産をもつ財団法人である[韓国障害者福祉体育会]が設立されました。

4) [障害者福祉対策委員会]

1988.大統領令(第12,501号)で、[障害者福祉対策委員会規定]が、公布され、これに基き、[障害者福祉対策委員会]が構成されました。[障害者福祉対策委員会]は大統領の諮問に応ずる為の大統領直属機構で、この機構の構成は、経済企画院の次官、内務部次官、文教部次官、建設部次官、保健社会部次官、労働部次官、国家報勲処次長が当然職委員として参加し、そのほか、12人の民間委員が参与しました。この12人の民間委員の

中には障害者代表が含まれていました。障害者福祉審議機関に障害者代表が参加したのは、歴史上、初めてのことであります。委員会は、(1)障害発生予防等11個の部門にわたる対策案を大統領に提案しました。この対策案は、心身障害者福祉法の改正と障害者の就業を保障する方案として義務雇用制の採択を建議し、障害者の就業の支障になる法令の整備、障害手当制度、各種の税金の減免制度、料金及び利用料減免制度等を建議しました。

5) [障害者福祉法]の制定(心身障害者福祉法の全面的改正)

1989.12.30.障害者福祉対策委員会の建議にもとづいて、1981制定された[心身障害者福祉法]を全面改正し、法律の名称も[障害者福祉法]と変更しました。[障害者]という言葉を法令上の公式用語として採択したのは、障害者の人権を尊重する立場を象徴的に表したものであります。この用語の採択は、若い障害者団体の強い主張に基いたのであります。

<障害者福祉法の主な内容は[表I]の通りであります。

(1) [障害者福祉法]は、国家及び地方自治団体の責務として、

- ① 障害発生の予防
- ② 再活医療
- ③ 重症障害者の保護
- ④ 保護者に対する配慮
- ⑤ 障害者の教育
- ⑥ 障害者の職業指導
- ⑦ 障害者用の在宅の普及
- ⑧ 文化環境の整備

⑨ 経済的負担の軽減(電話料金割引、鉄道料金割引、都市鉄道料金免除、古宮博物館公園等の料金免除)

を規定し

(2) 障害者登録制度と障害者手帳制度を導入しました。

(3) 福祉措置としては、

- ① 再活相談及び医療機関、障害者福祉施設への入所通院措置
- ② 障害者の医療費の支給
- ③ 障害者の扶養する子供の教育費の支給

- ④ 補装具の交付と修理
- ⑤ 生業資金の貸付
- ⑥ 公共施設内の売店及び自動販売機の設置の優先許可
- ⑦ タバコ小売人、紅参販売人に優先的指定
- ⑧ 郵票類販売業の優先許可
- ⑨ 自立訓練費の支給
- ⑩ 障害者の製作品の優先的購入
 - ④ 公共施設の優先的利用
 - ⑤ 生計補助手当の支給
 - ⑥ 道路・公園・公共建物・交通施設・通信施設・共同住宅・その他公衆の利用する施設に便宜施設の設置
 - ④ 放送の手話、字幕、挿入

等を規定し、

(4) 障害者福祉施設として、

- ① 障害者再活施設
- ② 障害者療養施設
- ③ 障害者有料福祉施設
- ④ 障害者利用施設
- ⑤ 障害者職業再活施設
- ⑥ 点字図書館
- ⑦ 点書及び録音書の出版施設

等を規定し、

(5) 障害者の日と障害者週間の設定を法律で定めました。

(6) [韓国障害人福祉体育会] の設立、障害者団体の保護育成、等に関しても規定しています。

[韓国障害人福祉体育会] (KOSAD-KOREA SPORTS ASSOCIATION FOR THE DISABLED) は、1989.4.末、設立されて以来、毎年、全国障害者体育大会を開催し、1991年よりは、GOMDOORI美術大展を開催し、GOMDOORI文学賞制度を実施する一方、1995年からは、GOMDOOR、社会体育センターを運営しています。また、国際競技で入賞した障害者に対し年金を支給し、障害者奨学事業も行っています。GOMDOORIは、韓国語で、2ひきの“くま(熊)”を意味します。

6) 1988.12.26.改正 [特別消費税法] は、身体障害者の補綴用に特殊製作した排気量1,500cc以下

の乗用自動車に対する特別消費税を免除すると規定しました(特別消費税法第18条第1項第5号)。現行法は、免税車を障害者本人、或は、障害者と生計を共にする者が運転する排気量1,500cc以下のものと規定しています。

ソウル特別市は、1989.11.3.付 [地方自治団体の身体障害者用の乗用車に対する自動車税課税免除に対する条例] に依って運転免許を取得した1-3級の肢体障害者が排気量1,500cc以下の乗用自動車1台を本人の名義で登録して補綴用に使う時には、地方税である自動車税を免除することにしました。現在は、免税範囲を障害者本人、及び、父母、或は、配偶者の名義で登録した2,000cc以下の乗用自動車に拡大しています。

第4節 90年代

1. 周知のとおり、1992年末UNが定めた世界障害者10年の終わりに際して、UNアジア太平洋経済社会委員会(ESCAP)は [アジア太平洋障害者10年(1993-2002)] を宣布し、[亜太障害者10年行動計画] を採択しました。一方、1993.12. UNは、[障害者の機会均等化に関する標準規則] を採択し、この規則が国際的な規範になるのを期待しています。このような国際社会の動きは、韓国にも、そのまま影響をあたえています。

2. [障害人雇用促進等に関する法律] の制定

1) 1990.1.13. [障害人雇用促進等に関する法律] が制定され、1991.1.1.から施行されました。この法律は、障害者の雇用に関し、義務雇用制度(或は、割当雇用制度)を導入しています。

<障害人雇用促進等に関する法律の内容は [表II] の通りであります。

- ① 300人以上を雇用している事業主は、勤労者総数の100分の2以上に該当する障害者を雇用しなければならないことにし、
- ② この基準雇用率に達しない障害者を雇用する事業主は、雇用負担金を納付しなければならないことにしました。一片、
- ③ 基準雇用率を超える障害者を雇用する事業主には雇用支援金を支給し、
- ④ この法律に依って障害者雇用義務を負担しない事業主が、障害者を雇用した時には、奨

励金を支給しえるように定めました。

- ⑤ 国家及び、地方自治団体も障害者が所属公務員定員の100分の2以上が雇用できるように努力すべきことを規定しています。一方
- ⑥ 障害者の雇用促進業務を効率的に遂行するために、独立した法人である障害人雇用促進公団を設立することにし、労働部に、政府出捐金及び事業主の負担金等で造成される〔障害人雇用促進基金〕を設置することにしました。

2) [障害人雇用促進公団]の主な事業は、障害者の雇用に関する情報の蒐集・分析・提供及び職業紹介、障害者の雇用促進及び職業再活に関する調査研究、障害者の適応訓練及び障害者職業生活相談員の養成研修、事業主と関連機関に対する職業生活及び雇用管理に関する技術的な事項の指導支援、障害者に対する適性検査、職業指導評価其の他職業に必要な知識と技能の教育、障害者職業訓練院及び障害者標準事業場の運営、障害者雇用促進の為の弘報教育及び障害者技能競進大会等の関連事業等になっております。[障害人雇用促進公団]は、発足当時から、職業訓練院を設置運営しているし、1993年、ソウル地方事務所の開設を始め、11個所の地方事務所を設置しています。

3. [特殊教育振興法]の改正(1994.1.7.)

1994年には、1977年制定の[特殊教育振興法]を改正しました。

〈改正法の内容は[表Ⅲ]の通りであります〉

- ① 統合教育の原則を明らかにし
- ② 特殊教育は個別化教育の原則に従ってなされなければならないことを宣言し、
- ③ 巡廻教育制度
- ④ 派遣教育制度
- ⑤ 治療教育制度
- ⑥ 保護者教育制度を新設し、
- ⑦ 特殊教育対象者に対しては職業教育を並行しなければならないことにし、
- ⑧ 特殊教育対象者に対する初等学校、中学校の課程を義務教育に、幼稚園及び高等学校の課程を無償教育にすることを明示し、
- ⑨ 特殊教育に関する主な事項を審議建議する

為に、教育部に中央特殊教育審査委員会を、ソウル特別市・直轄市・道に、地方特殊教育委員会を設置し、

- ⑩ 高等学校の課程を設置した特殊教育機関に、専門技術教育を実施する為の修業年限1年以上の専攻科を設置することができるようにしました。

4. 特例入学制度の実施

1994学年度からは、全国の大学の入学試験において、障害学生を定員外に選抜する特例入学制度が実施されています。これより先に、国立税務大学では、肢体障害者に限って、加算点をあたえ入学を許可する制度を実施していました。障害者に対し高等教育の機会を与え、就業機会を与える点において、肯定的な制度と評価されますが、逆差別であるという理由で否定的に見る見解もあります。

5. [国立特殊教育院]の設立

1994年、特殊教育に関する研究と特殊教育要員の教育機関として国立特殊教育院が設置されました。

6. 老障地協運動(老人も障害者も共に乗れる地下鉄をつくる為の市民運動協議会)

韓国の大衆交通手段には、障害者に対する配慮がまったくできていないんです。BUSはもとより地下鉄も障害者の接近と利用がぜんぜん出来ない状態であります。今建設中のものも同様であります。そして、地方都市である大邱という都市で、障害者団体が中心になって障害者と老人も利用できる地下鉄を造る為の運動を展開しました。その結果、市長が、次期建設の時からは、障害者の利用ができるように地下鉄を建設することを約束することになりました。

7. 障害者を先に運動

1996年4月、民間団体が[障害者を先に]という市民運動を始めました。この運動は、障害者を保護の対象と見る西洋の騎士道精神のような思想から出発したもので、障害者を社会の構成員であり非障害者と共に平等に生きるのが当然な権利であると見る立場では、その発想の理念的背景には、同意できないのでありますが、市民の認識改善と関心の呼びだしという面で、ある程度、肯定的に

評価ができるかもしれません。

8. 言論媒体（新聞、放送）

韓国には、障害専門新聞である、[障害人福祉新聞]（1989.4.創刊）の外二つの週刊紙があります。テレビ放送は、KBSが「愛の家族」という障害者向きの固定PROGRAMを放送をしているし、ラジオ放送は、KBS、極東放送、教育放送、佛教放送がそれぞれ障害者向きの固定PROGRAMを放送しています。1995年末、障害者専用放送局、[愛の声]が開局し、1日19時間放送しております。一般テレビ放送では、週末、NEWS番組において手話放送をやっている程であります。

9. [障害人福祉対策委員会]

1996.8.国務総理令で障害人福祉対策委員会が構成されました。その機能は、国務総理の諮問、障害人福祉政策の基本方向、制度改善、関連部処間の協働等に関し審議調整することです。委員会は、国務総理、財政経済院長官、保健福祉部長官、内務部長官、教育部長官、文化体育部長官、情報通信部長官、労働部長官、建設交通部長官、総務処長官、公報処長官、行政調整室長及び障害者関連民間団体長或は障害者問題に関する学識経験が豊富な者で構成されることになっています。一方、関連部処次官で構成される実務委員会があります。にもかかわらず、その実効性は発揮されておりません。UN-ESCAP障害者10年行動計画が、勧告しているNCC水準の役割をはたしてはおりません。

10. <その他政府、自治団体の福祉施策は[表IV]を参考にしてください>

第5節 課題と展望

1. 障害者福祉制度の課題

障害者福祉制度の窮極的な目的は、自立の可能な障害者に対しては自立できるように支援し、自立の難しい障害者に対しては必要な保護を提供するにあるといえるでしょう。従って、障害者福祉制度の課題は、障害者の自立と保護という目的の達成にあります（自立生活思想での“依存による自立”という自立概念を含めて）。この為には、こまかく論議される数（かず）多くの問題領域があるでしょうが、制度的な装置を必要とする領域

を考えれば、先ず、国及び地方自治団体が、いかなる理念、組織と体系で、障害者問題に接近するかという問題と、いかなる理念、組織と体系に依って、国及び地方自治団体が立てた政策の遂行と、その政策の妥当性を監視、評価するかという問題があります。一方、具体的な問題の領域別制度としては、生活保護制度、医療補装具制度、教育訓練制度、雇用就業制度、移動権の保障制度、接近権（情報への接近を含む）の保障制度等が、検討されるべき課題であるでしょう。この問題領域内において、税制費用減免制度、各種の専門家の資格制度、交通通信体系の改善、物理的環境の改善、学校教育のプログラム及び支援体系の改善、就業保障の為の制度の整備等、解決すべき重要な課題が山積しています。

現在、中央政府の水準においては、

保健福祉部に障害人福祉課（1981年、保健社会部に再活課が設置されたが、1996年、障害人福祉課に名称変更）と、外庁で、国立再活院（1986年8月、国立覚心院が、国立再活院に名称変更された）、独立法人で、韓国障害人福祉体育会があり、労働部に、障害人雇用課（1991年3月、障害人雇用促進等に関する法律の施行と同時に設置）と独立組織である韓国障害人雇用促進公団があり、教育部に幼児特殊教育担当官室（1995年5月設置）、外庁として、国立特殊教育院（1995年5月設置）があり、これらが、障害者問題に接近する専担機構の役割を果たしています。

地方政府においては特別市・広域市・道に保健社会環境に関する、局水準の機構があり、区と郡に、社会課があり、保健所を社会福祉事務所に改編して示範的に、障害者福祉を始め、社会福祉全般にわたる事務を担当させる所もあります。

2. 障害者福祉制度の展望

「アジア太平洋障害者10年行動計画」と「障害者機会均等化に関する標準規則」は、障害者問題が、国家組織のある特定の部署だけの業務ではないことを指摘して、国家の障害者政策の立案・執行・評価・監視等の機能をもつ国家調整委員会（NATIONAL COORDINATING COMMITTEE）の構成を勧告しているし、韓国も、ESCAP会員国であり、UN会員国として「亜太障害者10年行動

計画」と「障害者機会均等化に関する標準規則」を無視することはできないので、いかなる形態であっても、これに従う措置があるでしょう。

障害者問題に接近する姿勢には、福祉サービスの提供という次元で接近する姿勢と、障害者の人権保障という次元で接近する姿勢があります。現在までの韓国の制度は、福祉サービスの提供という姿勢に傾いたといえるでしょう。将来の姿勢は、人権保障の次元で接近する姿勢に転換したり、少なくとも、福祉の提供と人権の保障という、ふたつの次元で接近することになるでしょう。

科学技術の発展は、新しい肢体障害者用の補装具の開発、視覚障害者と聴覚障害者の為の COMMUNICATION 手段の発展、障害者の便宜に合う情報・通信分野の発展、再活工学という新しい分野の発生等をもたらしました。これらの分野の発展が、障害者福祉制度の発展をもたらすことが予見されるのは勿論であります。

現代の障害は、障害の重複化、障害の重症化、障害者の高齢化という特徴があります。従って、障害者福祉制度も障害の種類・程度、障害者の年齢等を考慮した多様かつ個別的な内容をうけいれる容器でなければならないのです。障害者福祉制度の多品種、小量化ともいえるでしょう。福祉制度の領域化でもあるでしょう。身体障害者、視覚障害者、聴覚障害者、精神遅滞、学習障害者等、障害の種類と程度及び障害者の年齢に合う対策の多元化ができるでしょう。

参与、平等、共同享有 (FULL PARTICIPATION EQUALIZATION OF OPPORTUNITIES AND SHARING) は、将来も、たしかに、障害者福祉制度の基本理念になるに、まちがいありません。特に国家及び地域社会の経済的、社会的、文化的、科学的、技術的発展の所産を障害者も享有するような制度的装置が発展されると信じております。

む す び

以上、簡単に韓国の障害者福祉制度を報告いたしました。

障害者の福祉のために一生懸命働いてくださる皆様がたと最後まで傾聴して下さった皆様がた

に深い感謝の念を表します。THANK YOU VERY MUCH。

表 I 障害者福祉法の内容

- (1) 国家及び地方自治団体の責務
 - ① 障害発生の予防
 - ② 再活医療
 - ③ 重症障害者の保護
 - ④ 保護者に対する配慮
 - ⑤ 障害者の教育
 - ⑥ 障害者の職業指導
 - ⑦ 障害者用の住宅の普及
 - ⑧ 文化環境の整備
 - ⑨ 経済的負担の軽減 (電話料金割引、鉄道料金割引、都市鉄道料金免除、古宮博物館公園等の料金免除) を規定し
- (2) 障害者登録制度と障害者手帳制度
- (3) 福祉措置
 - ① 再活相談及び医療機関、障害者福祉施設への入所通院措置
 - ② 障害者の医療費の支給
 - ③ 障害者の扶養する子供の教育費の支給
 - ④ 補装具の交付と修理
 - ⑤ 生業資金の貸付
 - ⑥ 公共施設内の売店及び自動販売機の設置の優先許可
 - ⑦ タバコ小売人、紅参販売人に優先的指定
 - ⑧ 郵票類販売業の優先許可
 - ⑨ 自立訓練費の支給
 - ⑩ 障害者の製作品の優先的購入
 - a 公共施設の優先的利用
 - b 生計補助手当の支給
 - c 道路、公園、公共建物、交通施設、通信施設、共同住宅、その他公衆の利用する施設に便宜施設の設置
 - d 放送の手話字幕挿入
- (4) 障害者福祉施設として
 - ① 障害者再活施設
 - ② 障害者療養施設
 - ③ 障害者有料福祉施設
 - ④ 障害者利用施設
 - ⑤ 障害者職業再活施設

- ⑥ 点字図書館
- ⑦ 点書及び録音書の出版施設
- (5) 障害者の日と障害者週間
- (6) [韓国障害人福祉体育会]、障害者団体

表Ⅱ 障害人雇用促進等に関する法律の内容

- ① 義務者300人以上を雇用している事業主は、
- ② 義務比率勤労者総数の100分の2以上
- ③ 雇用負担金
- ④ 雇用支援金
- ⑤ 奨励金
- ⑥ 国家及び、地方自治団体の努力義務—所属公務員定員の100分の2以上
- ⑦ 障害人雇用促進公団を設立することにし、

表Ⅲ 特殊教育振興法の内容

- ① 統合教育の原則
- ② 個別化教育の原則宣言
- ③ 巡廻教育制度
- ④ 派遣教育制度
- ⑤ 治療教育制度
- ⑥ 保護者教育制度
- ⑦ 職業教育を並行
- ⑧ 初等学校、中学校の課程を義務教育
幼稚園及び高等学校の課程を無償教育
- ⑨ 中央特殊教育審査委員会、地方特殊教育委員会の設置
- ⑩ 修業年限1年以上の専攻科の設置

表Ⅳ 障害者に対する障害別・等級別福祉施策

関連施策	障害類型及び等級																		備 考																								
	肢 体			視 覚			聴 覚・言語			精神遅滞																																	
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	2	3	4	5	6	1	2	3																							
生 計 補 助 手 当 支 給	○	○					○	○					○						○	○	○		*生活保護対象者で1級障害者及び他の障害と重複する2級(精神遅滞は3級を含む)障害者																				
医 療 費 支 援	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	*自活保護対象障害者本人																				
子 女 教 育 費 支 援	○	○	○				○	○	○				○	○					○	○	○	○	*低所得家口の障害者中学生、実業及び人文系高等学生 *低所得障害者家口主の中学生、実業及び人文系高等学生子女																				
補 装 具 無 料 交 付	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	*生活保護対象障害者																				
融 資 施 策	自 立 資 金 貸 与																					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	*低所得障害者家口主(自活保護対象者を除く)	
	通 勤 車 輦 入 資 金 融 資 (韓 国 障 害 人 雇 用 促 進 公 団)																					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	*“腕”に障害がある4-6級肢体障害者を除く	
永 久 貸 貸 ア バ ー ト 入 住 時 加 算 点 (10 点) 付 与	○	○	○				○	○	○				○	○					○	○	○	○	*生活保護対象障害者																				
各 種 税 金 減 免	所 得 税 控 除																					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	*登録障害者
	相 続 税 控 除																					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	*登録障害者	
	障 害 者 用 輸 入 物 品 関 税 減 免																					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	*障害者	
自 動 車 関 連 施 策	特 別 消 費 税 免 除																					○	○					○	○					○							○	○	*障害者本人名義に登録した1,500cc以下の自動車
	自 動 車 税 免 除																					○	○					○	○	○				○							○	○	*障害者本人名義に登録した(父母及び配偶者名義登録を含む)2,000cc以下の乗用自動車
	1 家 口 2 車 輦 以 上 に 賦 課 さ れ る 重 課 税 免 除																					○	○					○	○					○							○	○	*1-3級障害者名義に登録した2,000cc以下の自動車
	L P G 燃 料 使 用 許 容																					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	*障害者及び世帯を共にする保護者名義に登録した2,000cc未満の乗用自動車	
	自 動 車 標 識 発 給																					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	*障害者及び世帯を共にする保護者及び関連団体名義に登録した自動車	
各 種 料 金 割 引	市 内 ・ 外 電 話 料 金 割 引 (20% - 40%)																					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	*20歳以上障害者家口主及びその配偶者	
	鉄 道 (ハ ト 号, 統 一 号) 料 金 割 引 (50%)																					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	*登録障害者	
	国 内 線 航 空 料 割 引 (50%)																					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	*登録障害者及び1-3級障害者の介護人	
	都 市 鉄 道 (地 下 鉄 ・ 電 鉄) 無 料																					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	*登録障害者	
	古 宮, 国 公 立 博 物 館, 公 園 等 公 共 施 設 料 金 免 除																					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	*登録障害者	
障 害 者 義 務 雇 用 制 に 依 る 就 業 (労 働 部)																					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	*登録障害者		
再 活 施 設 入 所																					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	*生活保護対象障害者優先入所		
在 家 障 害 者 巡 回 再 活 サ ー ビ ス 利 用																					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	*在家障害者		
盲 人 手 助 け セ ン タ ー 利 用																											○	○	○	○	○									*登録視覚障害者			
障 害 者 福 祉 館 利 用																					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	*登録障害者		
国 立 再 活 院 ・ 付 属 病 院 及 び イ ル サ ン 職 業 専 門 学 校 利 用																					○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	*登録障害者		

上海市のリハビリテーション医学 の展開における現状と展望

姜 廉益

上海市リハビリテーション医学会秘書長
上海市衛生局医政处处长

リハビリテーション医学は、単独で医学の一分野として、わが国ではわずかに10年余りの歴史を持つにすぎない。しかし、次第に人々から重視され、関心を持たれるようになった。特にここ数年、リハビリテーション医学は比較的速いスピードで発展している。わが市におけるリハビリテーション医学事業はその取りかかりが比較的遅かった。各行政と衛生行政部門の重視と支持、それに加え熱心なリハビリテーション医学事業従事者全員による努力により、わが市のリハビリテーション医学事業は、一步一步発展している。

1. 基本情況

上海市は、中国長江の出口に位置し、東シナ海を臨む、中国最大の都市の一つである。面積は6,340平方キロメートル、20の行政区に分かれる。その内、14の区と、6の郊外県がある。全市人口は1,355万人、人口密度は1平方キロメートルあたり2,100人。

全市に各級各種病院が485カ所あり、その内、三級の病院が29カ所、二級の病院が174カ所、一級の病院が282カ所、診療所が817カ所。そのほか工場保健ステーション6,000カ所余り、町内衛生所1,745カ所余り、町村衛生所2,800カ所余りがある。

全市のベッド数は7.1万床、その内病院のベッド数は6.69万床、人口千人あたり病院のベッド数は、5.15床。全市の医療看護スタッフは11.06万人、その内医者は5.37万人で、人口千人あたり4.13人。看護婦（助産婦）は3.53万人で、人口千人あたり2.77人。

2. リハビリテーション医学が直面する課題

(1) 人口の高齢化が顕著となる。わが国は発展

途上国であり、上海は改革開放のテンポの加速にともない、経済が発展し、人民の生活レベルは絶えず向上している。政府は、医療保健事業と人口高齢化へのテンポが加速していることを非常に重視している。全市で60歳以上の老人は235万人、全市人口の17.34%を占め、中国で老人人口の占める割合が最も高い都市となっている。全市の平均寿命は男性74.11歳、女性77.97歳。老人の増加にともない老人病も多くなっている。このため、老人病の予防治療とリハビリテーションは数多くの重大な課題に直面している。サンプリング調査に拠れば、リハビリテーション医療を必要とする老人人口は、総数の74%を占める。

(2) 非伝染性慢性病の増加。わが国政府は疾病の予防業務を大変重視している。このため、急性の伝染病については基本的に抑えることが出来ている。しかし非伝染性の慢性病、例えば悪性腫瘍、心臓や脳の血管障害はすでに人民の健康を害する重要な疾病となり、腫瘍と脳卒中はわが市の死因順位の第一位、第二位となっている。毎年新たに腫瘍を発病する人は3.2万人、腫瘍の現患者数は5万人。脳卒中を毎年新たに発病する人は約2.5万人、現患者数は7万人余り、その内75%の人に障害が出る。老人人口の増加は、老人性痴呆症発病率の絶え間ない増加も引き起こしている。様々な角度からの調査に拠れば老人性痴呆症の患者は老人人口の4.6%を占め、そのすべての患者がリハビリによる治療と医療看護のケアを必要としている。

(3) 仕事のテンポが速くなり、心理的なストレスが解消できないとき、精神病の発病率は上昇傾向にある。全市での精神病患者は20万人余り、登録されている重症精神病患者は7.9%万人、大多数の患者がリハビリ治療と医療看護のケアを必要としている。

(4) 様々な原因により障害を持つ人は比較的多い。調査に拠れば、本市の障害者は52万人余り。これらの人々はほとんどすべてリハビリ医療を必要としている。

以上のことからわが市のリハビリ医療は数多くの且つ重大な課題に直面している。

3. 本市のリハビリテーション事業の現状

(1) 政府は健全なりハビリ医療の管理機構の設立とネットワーク作りを大変重視している。

健全なりハビリ医療組織の設立とネットワーク作りは、リハビリ医療を進めていく上での前提である。このため、各行政は非常にこのことを重視している。

障害者の利益を擁護するために、市、区、県は「障害者連合会」を設けている。並びにリハビリ部門を設けている。

市民政局、市衛生局、市財政局、市計画委員会、市障害者連合会、市基金会等により「市障害者リハビリ事業弁公室」を設立、全市を対象に小児麻痺の矯正治療、白内障の治療、低視力のリハビリ、精神病の予防治療リハビリ、地域リハビリ及び聴力障害児、知的障害児のリハビリ事業を実施している。

市、区、県すべてに精神病予防治療の管理指導グループを設け、精神病の予防治療とリハビリについて指導と管理を強化している。

市、区、県に腫瘍、心臓や脳の血管障害、眼の病気の予防、治療、リハビリ等の予防治療組織を設け、計画と指導を行っている。

市、区、県に「高齢者委員会」を設け、老人が合法的に權益を保障されることに関心を払う。老人病の予防治療、リハビリ業務も含まれる。

このほか、さらに民間社会団体がある。例えば、リハビリテーション医学会、市抗癌協会、市心理リハビリ協会、癌クラブ、糖尿病協会等、どの組織もすべて積極的にリハビリ事業を進めるために参加、協力している。

(2) 各種リハビリ医療組織の設立

全市に老人病院は4カ所あり、赤十字老人看護病院を26カ所建てている。ベッド数は2,000床余りで、老人病患者のために医療看護、リハビリ及び臨終に際してもサービスを提供する。全市の三級の総合病院4カ所においてリハビリテーション科が設立された。13の区で末期の腫瘍患者のための病室が出来た。ベッド数は427床。末期腫瘍患者に医療看護のケアとリハビリ治療が実施できる。市立クラスの精神病院5カ所及び区、県の精

神病院21カ所、精神病工場治療ステーション185カ所で精神病患者に対して治療、リハビリを実施する。また障害児リハビリセンター及び老人リハビリセンターを建てる。71カ所の病院が白内障手術の役割を負い、11カ所の病院が小児麻痺治療、手術の役割を負う。また17カ所の児童福利託児所等がある。20の区、県すべてで障害者地域リハビリステーション及び障害者用品用具サービスステーションを設立し、障害者のリハビリと生活のため便宜を図る。

このほか、中国西洋医学リハビリテーション研究所を建設し、リハビリテーション医療科学研究に従事する。

(3) リハビリテーション計画を制定し、経費を決め、業務訓練に力を入れ、リハビリテーション医療事業を保証する。

「中華人民共和国障害者保障法」の要求にもとづき、わが国は「リハビリテーション医学事業八五計画要点」を制定した。わが市においても全市の状況に基づき相応する計画を制定した。障害者のリハビリ、精神病予防治療のリハビリ、地域老人のリハビリ、腫瘍心臓や脳の血管障害の予防治療リハビリについて計画を立て、目標と実施措置について打ち出した。

リハビリ医療の経費は、政府の投入を主とし、政府は毎年一定額の予防治療とリハビリの費用を出す。医療保険を受ける人々のリハビリ医療費の大部分は、国、企業が請け負い、一部分の医療保険を受けない人については、政府が負担する一部を除いて、社会と慈善基金の援助が受けられる。

市職工医学院「4年制のリハビリテーション医師班」を開設した。上海医科大学臨床医学専門本科ではリハビリテーション医学科を開設し、リハビリテーション医学の研究生を養成している。上海体育学院では保健リハビリテーション医学科を設立し、毎年卒業生はリハビリ医療の職場に就いている。しかし多くはまだ、職場での養成、短期養成班、特別講座等の方法でリハビリ医療業務のレベル向上をはかっている。同時にまた全国的なりハビリ学習班に参加したり、少数の者が外国を訪問し、研修を通じて国内外の先進的な技術と経験を勉強している。

(4) リハビリ医療は初歩的な成果を収めた。

各行政からの重視と、各方面の協力の下で、わが市のリハビリ医療事業は初歩的な成果を収めた。

障害者のリハビリについて八五期間（1991－1995年）では、25,729例が白内障の手術後、回復した。小児麻痺による後遺症手術の矯正は延べ2,263人。効果が現れた割合は86.6%、有効率は97.8%。低視力の回復は332名。聴力障害者の聴力言語回復者は547名。訓練後一般の小学校、幼稚園、その後の教育クラスに進学した者は93名、回復率は17%696名の知的障害児の親に指導を行い、138名の学齢前の軽度、中度、重度の知的障害児がリハビリを受け、様々な進歩があった。

精神病患者のリハビリ。市及び区、県の精神病予防治療の病院にはすべて予防治療科があり、管轄内の精神病患者の地域リハビリ事業を指導している。全市の334の街道（町村）の病院にはすべて、養成訓練を受けた兼職の精神科医がおり、外来と地域の福祉工場治療ステーション及び在宅患者を対象に診療業務を行っている。精神病患者は一人ずつカード制になっており、服薬が必要な慢性患者や安定期の患者に対して随時訪問している。家庭を単位に患者自身とその家族に対して援助を提供している。全市で約10万人の看護スタッフがおり、看護を受けている患者は7万人に達する。全市に現在185カ所の精神病福祉工場治療ステーションがあり、無職の精神病患者950名余り、知的発育遅滞者3,600人余りを受け入れている。ここで働く患者の安定率は95%以上を保っている。また、デイケア、夜間入所、家族との交歓会等を行い、精神病患者の回復と社会復帰を促進している。系統的な調査と評定から、地域リハビリネットワークは、治療に依存したり、服薬を続けることよりも、再発、再入院率や、事件発生率を減少させ、患者の社会機能の回復を促進することを証明している。

老人地域リハビリ。上海で老人リハビリ医療を必要とする割合は74%。老人病院、各級病院の老人外来、老人病科が老人のために医療リハビリサービスを行う以外に、全市では毎年4万床余りの家庭ベットが老人のために提供されている。また

医療業務スタッフが地域で定期的に老人に健康診断や健康カウンセリングを行ったり、地域の老人を集めてリハビリ訓練、気功、太極拳、軽いジョギング、ダンス等を行っている。

末期腫瘍患者のリハビリ。13の区において末期腫瘍病室を設立した。5年来、入室した末期腫瘍患者は1万人余り、末期腫瘍患者の看護ケア率は次第に上昇し、腫瘍の鎮痛率は85%以上。各病院は医療スタッフを派遣し住民に訪問医療リハビリサービスを行っている。毎年訪問サービスは延べ100万人余り。

リハビリ医学プロジェクトを積極的に開発する。医療スタッフと技術スタッフが一致協力してリハビリ機器を研究している。例えば、「腕安定度測定器」、「脳電形図器」「中風リハビリ用筋肉中電気再生器」等。

(5) 存在する問題

リハビリテーション医学はわが国ではその始まりが比較的遅く、その認識について更に一步の向上が待たれる。リハビリテーション医学の知識についても更にその普及が必要であり、リハビリテーション医学の人材も不足で、資質の向上が待たれる。リハビリテーション医学はまだ全面的に医学教育計画の中に入っておらず、リハビリ医療組織の設立と同様更なる強化が求められている。

4. わが市のリハビリテーション医学の計画と目標

人々が皆、衛生と保健を享受するという目標を実現し、人々の生活の質的向上をはかるために、全力でわが国のリハビリテーション医学事業を発展させる必要がある。わが国九五リハビリ事業発展計画に基づいて、わが市は障害者九五（1996－2000年）リハビリ計画を制定し、具体的な目標と要求を打ち出した。

(1) リハビリ医療機構の建設を更に強化し、九五（1996－2000年）期間中に、二級以上の総合病院は衛生部の「総合病院リハビリテーション学科管理規範」により、リハビリテーション医学科を設立する。

(2) リハビリ医療の各項目標を達成する。

1. 身体障害者に485例の矯正手術を実施する。

地域で系統的にリハビリ訓練を行う身体障害者を970名とする。身体障害者のための義肢装備を22,960例、矯正器を7,590例とする。

2. 精神病患者の予防治療リハビリの実験市区を長寧区、嘉定区の両区とし、患者の監督保護率を95%、好転率80%、事件発生率0.1%以下、社会参加率90%を達成する。6の郊外県での患者の監督保護率を95%、好転率を65%、事件発生率0.2%以下、社会参加率60%を達成する。重症の精神病患者の総合的な治療リハビリを7.8万名とする。

3. 聴力障害児のリハビリについて、685名の聴力障害児に聴力、言語リハビリ訓練を行い、230名の親に指導を行う。最終的に一般の小学校、幼稚園への進学率を12%以上とする。

4. 345名の知的障害児に訓練を行う任務を達成する。

5. 白内障手術を20,000例とし、脱文盲率95%以上、障害回復率85%以上とする。400例の低視力障害者に視力補助器を配り、視力機能回復の訓練を行う。

6. 心臓・脳の血管障害の予防治療リハビリについて、区、県ごとに対象が5万人規模の予防治療所を設立し、35歳以上の高血圧者に対して診断を行い、高血圧のコントロール率を80%、高血圧抑制率を50-60%とする。1995年と比較して、地域予防治療所の脳卒中での発病死亡率を10-15%抑える。

7. 腫瘍の予防治療とリハビリ医療について、腫瘍の早期発見治療を強化する。早期発見率を10%、規範の診療を実施し、5年間の生存率を25%、末期腫瘍患者の医療看護ケア率を95%、鎮痛率を95%とする。

1996年10月

タイにおけるリハビリテーション

Fuangfa Khunadorn, MD.

Pramongkutkiao Hospital

タイは513,115平方キロメートルの面積に96年現在で総人口は6千万人、人口増加率は年間1.1%である。タイは南西アジアの中央に位置し、北部は山々に囲まれ、中央は平野部、北西部にかけては高原台地が広がり、南部は半島になっている。タイの首都はバンコクで総合人口の1/10の人々が生活している。

タイは国王がいる立憲君主制の国で、国教は仏教である。仏教が人々の生活の価値観の基礎を形作っている。スコタイ朝時代の1292年の石碑にはどのようにして国王が人々を統治したかについて記されており、国王は父と息子のような関係で人々を統治してきた。

仏教徒と仏教寺院は教育の領域において重要な役割を担ってきた。ブッダは彼の弟子に生あるもの全てに好意を示し、恵まれない人々には哀れみ深く接するように教えた。このような教えのおかげで、仏教徒は古来より社会福祉活動に積極的である。

家庭精度も社会福祉の確立の為に重要な位置を占めてきた。祖父母や家族の中の年長者が子供たちの面倒をみたり、家族の中の高齢者の世話をよくしたりというようなことがタイの慣習としてあり、幼少の頃より人々の心の中には感謝の念が深く形作られている。また援助を必要としている人々を進んで助けようという心からの寛容さが国民の意識の中に深く横たわっている。

1883年には負傷兵を助けるという目的で初めての社会福祉組織であるタイ赤十字協会が Rama 5 世の王妃によって創設された。この前年には最初の孤児院が建てられている。1910年には最初の民間社会福祉組織が結成された。1940年には人々の福祉問題が政府の主要な問題となってきていることを反映して公共福祉省が創設された。

それ以後社会福祉問題の急増と人々の要求に伴って民間社会福祉組織が急増した。その結果、国

家文化法が1942年に公布されて、これら民間福祉組織の指導、監督を行うようになった。1961年にはタイ社会福祉評議会が社会福祉や社会発展のための調整機関として創設された。

新しい社会法規が実施されて、集中的な社会プログラムが実現した。社会福祉の重要性について認識が高まり、国家発展の政策の一部をなしている。

近代的なりハビリテーション医学がタイに紹介されたのは第二次世界大戦後の陸軍病院である。

1950年から1952年にかけて初めてポリオが流行した後でリハビリテーションセンターと肢体不自由児の養護学校がバンコクに建てられた。1960年には精神発達遅滞と肢体不自由の重複障害のための医療教育施設が建てられた。また視覚障害児と聴覚障害児のための学校もこの頃に建てられた。

1968年には社会的リハビリテーションとして初めて政府管轄の職業リハビリテーションセンターが建てられた。日本政府は保健省と労働省、社会福祉省それぞれの管轄の国立リハビリテーション医学センターと職業訓練所の建設準備のために資金的援助を行った。

1991年に国家統計事務所が調査を実施し、総人口に対して約1.8%の人が障害を持っていることが発表された。このうち肢体不自由の占める割合が最も高く19.6%。その後に聴覚障害(13.2%)、精神発達遅滞(10%)、盲、聾はそれぞれ5.4%、4.6%であった。障害者の年齢別では60歳以上が最も多く、次いで労働者層に当たる15歳から19歳、そして20歳から24歳となった。障害を受けた原因としては交通事故と職場での事故によるものが最も多かった。

1991年には障害者リハビリテーション法が公布された。この法律の目指すところは障害を持つ人々の人権を守り、以下のようなリハビリテーションサービスを実施することにある。

- ◎医学的リハビリテーションサービス
- ◎教育的リハビリテーションサービス
- ◎社会的サービス
- ◎職業的リハビリテーションサービス
- ◎雇用サービス
- ◎障害を持つ人々がリハビリテーションを受け

ることができるような資金援助

◎公共交通機関へのアクセスがしやすいように整備すること

タイにおけるリハビリテーション問題点

1. 一般社会の人々は障害を持つ人々を依然として何も出来ない人々として捕らえている。このような意識では障害を持つ人々が持っている能力を発揮する機会が十分に無いことである。
2. 地域社会への参加：適切なアクセスの方法が

ない為に障害を持つ人々が社会活動に参加することが困難である。

3. 政府機関に十分な人手がない。仕事と人手との間にギャップがある。このために非政府組織の支援が解決策となり、現在ではこれが重要な政策となっている。

長期的には、法律の実施によって障害を持つ人々が十分な活動の場と平等な権利を受け社会の中で自立していくことを導いていく。

分科会 A—1



精神障害者の社会参加

まとめ [座長] 倉知 延章
医療リハビリテーション 津尾 佳典
社会リハビリテーション 住友 雄資
職業リハビリテーション (福祉的就労) 日野田公一
職業リハビリテーション (一般雇用) 野中 由彦

ま と め

座長 倉知 延章
岡山障害者職業センター

この分科会では、医療リハ、社会リハ、職業リハ（福祉的就労）、職業リハ（一般雇用）の各分野のリハビリテーションの到達点を発言者から報告してもらい、さらに、今後のあり方について討論を行いました。

1. 発言の主旨

(1) 医療リハの立場からは津尾氏が発言し、①精神障害は、疾患と障害が共存していることが特徴であること、②以前は治るまでは医療リハのもとにしていたが、10年程前から福祉も含めて考え始めたこと、③医療リハの役割は、疾病治療、障害へのアプローチ（認知及び情報処理障害）、再発防止となること、④障害へのアプローチはなかなか効果が得られないことが話されました。

(2) 社会リハの立場からは住友氏が発言し、①彼らが地域で生活するには、生活の場で、そのつど相談・援助できる人の存在が必要であること、②そのためには地域生活支援センターの存在が必要であること、③専門職だけでなく地域住民をも結びつける取り組みが必要であること、④ケースマネジメントの発想が必要であることが話されました。

(3) 福祉的就労の立場からは日野田氏が発言し、①労働は彼らのリハビリテーションにとって多大な意義があること、②企業就労だけではそれがうまくいかず、逆に再発につながる場合もあること、③社会就労センターの設立により、企業以外の労働の場が確保されたことが話されました。

(4) 一般雇用の立場からは野中氏が発言し、①障害者として国の対応が始まったのが10年前であること、②しかし、他の障害者に対する施策をそのまま精神障害者に当てはめたものにすぎないこと、③労働者派遣システムなど、障害者自身及び企業がお互いに安心してできるシステムが必要であることが話されました。

2. 自己完結的サービスから他機関との連携によるサービスへ

各分野共通していえることは、“精神障害者のリハビリテーションは10年前にやっと始まったばかりである”ことです。それ以前は、リハビリテーションを実践している医療機関が、医療だけでなくすべての分野のリハビリテーションに対応せざるを得ませんでした。その影響からか、ほかの機関も含めて、精神障害者のリハビリテーションは自己完結型の支援が主流となっていました。しかし、現在は各分野のリハビリテーションが少しずつではあるが充実してきたため、支援の方法も変化しなくてはならないことが強調されました。

特に、個々の専門職が、自分のできることとできないことを知り、できることを支援し、できないことを他機関・他職種に依頼しなければならないこと、そのためには、共通言語をもたなければならないことと他の社会資源を知らなければならないこと、専門職どうしが数多く顔を合わせて一緒に作業をすることが大切であることが確認されました。



医療リハビリテーション

津尾 佳典
岡山県立岡山病院医療部長

1. 精神障害における障害概念とリハビリテーションの意味

精神障害と言われる時、医学的に回復した場合は普通になって社会復帰出来ると受け止められ、身体障害や知的障害と同等の障害とは考えられていなかった。そのため福祉的な施策の対象とはならず、リハビリテーションと言われるものも医療的リハビリテーションの枠内に限られていた。10年程前より、精神障害者が単なる病者というだけでなく、社会生活遂行上の困難、不自由、不利益を有する障害者であるとの概念が提唱され、平成5年障害者基本法の中で、身体、知的障害と共に

精神障害者が障害者として明確に位置づけられることになり、障害者として福祉的施策の対象として考えられる基盤が出来た。このような背景の中で精神衛生法から精神保健法、精神保健福祉法への一連の改正の中でも、社会復帰施策が法的に示されるに至っている。それに伴い疾病と障害、治療とリハビリテーションなどが様々な観点から論じられるようになった。そして精神科リハビリテーションとは、精神疾患に基づく障害すなわち「生活上の困難・不自由・不利益」を解消する全ての働きを意味している。

2. 障害の構造とリハビリテーション

WHOの国際障害分類では、障害を機能障害、能力障害（生活障害）、社会的不利（社会障害）の3つのレベルでとらえられている。機能障害には治療的アプローチ、能力障害には適応的アプローチ、社会的不利には福祉的アプローチのリハビリテーションが必要であり、それらが包括的に進められるときに、精神障害者の社会参加が大きく前進する。

3. 医療リハビリテーション

近年精神障害者の機能障害の中核的なものとしての認知障害、情報処理障害の改善を目指して、学習理論に基づく行動療法として、social skill training（社会生活技能訓練）がLiebermanにより提唱され治療場面に取り入れられている。また対人関係能力、日常生活能力、作業能力障害などに対して、社会生活をしながら医療的リハビリテーションを行うデイケアが効果的に行われている。当日はこれらを中心に医療場面で行われている精神科リハビリテーションについて報告する。

社会リハビリテーション

住友 雄資

高知女子大学保育短期大学部助教授

はじめに

精神障害者社会復帰施設でのPSW経験をもとに、精神障害者の社会リハビリテーションについて述べる。

1. 精神障害者施策の変化

- 1) 精神衛生法から精神保健法、精神保健福祉法へ
- 2) 1)に伴う社会復帰対策のメニュー化と量的増大（ただし微増）
- 3) 入院から社会復帰施設へ、社会復帰施設から地域へ

2. 社会復帰対策と社会リハビリテーション

- 1) 精神障害者社会復帰施設（生活訓練施設・通所授産施設・福祉ホームなど）
- 2) 精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）
- 3) 精神障害者地域支援事業（地域生活支援センター）

3. 地域生活支援と社会リハビリテーション

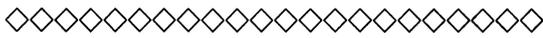
- 1) 社会リハビリテーションの一環として地域生活支援に注目が集まっている。
- 2) ただし地域生活支援は先駆的・開拓的な民間活動が主で、全国的な共通基盤はまだない。
- 3) 精神障害者の生活を地域で支えていこうとするベクトルは、今後展開していく。その際の中核的な役割を担うのが地域生活支援センターとなろう。

4. 地域生活支援とケアマネジメント

- 1) 地域生活支援センターの活動は精神障害者社会復帰施設にもよい影響を与える。
- 2) 機能分化を伴い、地域生活支援センターにお

けるケアマネジメントが注目される。

3) ケアマネジメントの知識・技術の普及とともに、利用者支援ネットワークを作り、維持し、強化する多職種等によるチーム活動がケアマネジメントの有効性を具体的に示すことになるだろう。



職業リハビリテーション (福祉的就労)

日野田 公一

精神障害者通所施設あすなろ福祉会
リサイクルせっけんセンター施設長

1. はじめに

「障害者プラン」がでてちょうど1年になります。プランは、ノーマライゼーション、完全参加と平等の実現を基本理念とし、障害者の地域社会での社会的自立促進を柱に幾つかの数値目標を示しました。そして政府は障害者基本法に基づき、施策の主たる実施主体である市町村に障害者計画の立案を求めています。

このプランの中には、授産施設・福祉工場・職親制度など精神障害者の職業リハビリテーションにかかわる施策も含まれています。入院患者36万人の内社会的入院患者10万人と言われている現状のなかで、今回示された数値目標はあまりにも低いと言わざるを得ませんが、認可施設としての職業リハビリテーションの場の整備も進めようというわけですし、精神障害者にもいよいよ地域社会内自立に向けての支援が本格化する時代が到来したと考えて良いと思われまます。

かつて精神障害者の社会復帰・自立という時、就労自立が最終目標とされ、その努力がさまざまにはらわれてきた時代がありました。しかし、長期在院を経た慢性分裂病者が一般企業への就労自立を果たすケースがあまりにも少ないし困難であるという現実と直面する中で、果たして就労自立のみが社会復帰の最終目標なのであろうかとの疑問も提出され、今日では、それぞれのニーズに基

づき選択をした「生活の場」でそれぞれに自己実現をめざすことが社会復帰のありようであり、その目標は各人により異なって当然であるとの一般的確認ができてきていると思います。

しかしそれは「働く」ことの意義や就労自立の必要性をいささかも否定するものではなく、むしろそのことを望む障害者にどう保障していくのか、どう援助していくのかについては、未だ十分な答えや方法論が見いだせない、そして制度も十分確立されたとはいえない現状にあると言えます。

職業リハビリテーションを中心とした領域を現場で担う者の一人として、この問題について考え方を述べてみたいと思います。

2. 精神障害者の労働の意義

生活のしずらさの障害を持った慢性の分裂病の方々と接していると、生活に張りを感じられなくダラッとしていて意欲を感じさせない。何がしたい！ というふうでもなく、作業など何かしてもどうも動作は緩慢で長続きせず、疲れやすくダウンしやすい。街へ出て周りにあまり興味を示すふうでもなく、身なり・身のこなしなどもあまり気にせず、無表情・うつむき加減に目的地との往復のみの活動になりやすい。生活も単調で、親しい友人は少なく孤立的で閉じこもりがちな生活になりやすい……というふうです。こういう生活の状態は家族間のトラブルの火種になりますし、精神身体的に不健康な生活は服薬中断などを伴いながら、症状再燃、再発再入院という悪循環を招来させることになります。

陽性症状が消退し、日常生活が安定した後にもむしろこのような生活上の問題が顕在化してくる障害者にとって、「働く」ということは実は大きな意味のあることです。その中身はさまざまあると思いますが、共通していえる点は、まず、①仕事に就くと始業終業と時間が決まり、それに合わせて起床・洗面・着替え・朝食・排便などの生活が流れていくようになり、生活に自ずとメリハリがつく。生活にリズムができる。②仕事が生活の中心になり、アフター5? とか日祭日などは余暇としての価値が生まれる……休息を含め、どう

過ごすか考えるようになり生活の質の向上がはかれるようになる。③多くの場合安いのだが、報酬を得る。自分で働いた結果であり、自身の価値を問い直すことになるし、経済的自由もちょっぴり味わえる。④経済生活の改善という大げさだが欲しい物を購入し、生活をより豊かにしうる。⑤働き盛りであるはずの者が、無為閑居し家族にただ養われて鼻つき合わせて暮らすのが決して「あたりまえ」とは思っていないし、周囲が自分に対してどう思っているのかとても気にし、居場所のなさに苦しんでいる障害者にとり、朝家を出て行くところができることは意味が大きい。立つ瀬ができる。そこがたとえ作業所であろうとも。⑥職場では、同僚、上司、雇用主といった複数の人々とのつき合いがある。人付き合いがにがてな障害者にとっては、社会的対人関係を学習する場にもなる。また仲間との絆の深まりによっては相互に支え合う関係の形成も期待できる。⑦仕事をやり終えたときの達成感は、「自分にもできる、やって良かった」というような感慨を生み、障害者自身の自信につながり、仕事をする喜びや意欲を生み、それは生きがいの獲得へとも向かう。

3. 「労働」の持つ「両刃の剣」

こうしてみてきますと「労働」は、復権と人間の発展を推し進める過程そのものであり、精神科リハビリの主要な一部を担うものと評価できます。

しかし一方で、労働条件・対人関係などの職場環境、量・難易度・時間など労働の過程など、その障害者に適していない時、あるいは障害者自身の病状の変化などに対応したサポートが十分取れない場合など、疲れやすく、ダウンしやすく、いとも簡単に症状が再燃し、いっきょに再入院を余儀なくされ、職場そのものも失うという事例はよくあることです。ストレスに弱い障害者にとっては、時に職場はストレスの巣窟のようなもので、使い方によっては逆の効果をもたらすこととなります。まさに労働は「両刃の剣」といえ、援助する側の一方的な判断や思いからだけで職場を選定したり、技能の習得、能率の向上、責任性・協調性の向上などを訓練により図り、健常者と同

等に労働させるというような視点（鍛え直しといえますか）に重きをおいた就労援助は、ケースによっては好ましくない結果をもたらしかねないことを肝に銘じねばなりません。

4. 労働が「両刃の剣」になりうる障害特性

ここ10数年来、精神障害者は、治療を要する「病者」と同時に、社会生活を送る上での困難（能力障害）を有し、社会的不利益を受けやすい「障害者」とあるとの視点に基づき、精神障害もWHOの障害モデルに則して「機能障害」「能力障害」「社会的不利」を整理し、これに対応する精神科リハビリテーションの概念と方法論を形作る試みが行われてきています。

精神障害の「能力障害」は、社会生活上にその生活能力、対人関係能力、作業能力の障害として現れ、それは「生活障害」「生活のしづらさの障害」といわれています。作業能力面では、疲れやすさ、気力の乏しさ、消耗感など総じて持久力のなさ、また手順を身につけにくいなどとしてみられます。そしてこれらは、他の障害（身体・知的）に比較し周囲に理解されにくいという特性があります。さらに精神障害の特異性として、①固定化されず可変的、②障害受容が困難、③偏見、誤解が強いなどが他の障害に見られないあるいはより強いことが問題点としてあげられます。

5. 職業リハビリテーションの位置づけ

精神障害者のリハビリテーションは、このような特性を踏まえた上で実施される必要があります。そしてそれは、能力障害としての生活障害改善のためのリハビリテーションであるということであり、職業リハビリテーションも基本的にはその一部であるという視点です。

障害者は、実社会で、その生活のしづらさを体験することによって初めて「能力障害」の自覚へと向かいます。作業能力についても同様です。そして、それは障害の受容へと向かいます。村田氏は、動機の熟成。これに対するタイムリーな働きかけと適切な場の設定が、リハビリテーション過程における不可欠な要因であると指摘しています。そうしてみるとリハビリテーションにはまず

障害の自覚と受容を促す「場」が不可欠です。それは生活する地域社会内にあります。(長期入院患者の社会復帰を促すためには院内に「疑似社会」を作り、疑似社会生活体験をさせます。)そして自我の脆弱さを考慮すれば、そこには彼を包み込み障害の相互受容に向かわせる理解ある支援者が必要となりますし、彼の心の動きに則して働きかけができ、さらに新たな場の提供がニーズに応じてできることがリハビリテーションのキープポイントと言えます。障害特性を踏まえ、それぞれの状況ニーズに則した「生活の場の保障」がまずどう可能かが問題であり、その中に選択肢の一つとして「働く場」が多様に用意される必要があります。

6. 福祉的就労の場…共同作業所・社会就労センター

簡単な作業があつて、仲間がいて、優しい指導員がいて、なんか安心できる、行くと楽しい、少しでもお給料がもらえる。……作業所のイメージです。メンバーたちは、作業所の良かったこととして、①友達ができた②居場所ができた③気持ち明るくなった④生活にリズムができた⑤収入が得られる⑥情報が得られる⑦家族関係が良くなった⑧就職する勇気ができた、と答えています。効果としては、生活の規則化・対人関係・障害の受容・動機付けに関するものが主であることが伺われます。小さく貧しいけれど、暖かい安心できるサポーターと仲間がいる場で、仕事し、小さな成功体験を蓄積することで、誇り・自信を回復し、エネルギーを充填し、意欲気力の回復をみ、現実的思考が可能となり、障害の受容に向かい、自分自身の目標を見だし自分の足で歩みを始める。こういう育ちを暖かく気長に見守る場が共同作業所であり、社会就労センターであると思います。

しかし、その「場」の乏しさが精神障害者リハビリテーションの特徴でもありました。医療の場以外ほとんど何もない中で、家族会など関係者の努力で各地に創設されてきた共同作業所は、その不十分さを埋める「場」として重要な役割を果たしてきています。精神障害の場合、家族を中心とした民間のささやかな自助努力が数少ない地域内福祉的就労の場でありリハビリテーションの場と

なっているわけです。現在は社会就労センターと呼称していますが、いわゆる「授産施設」は職業リハビリの場を法内施設として整備しようというのですが、基本的には「共同作業所」の延長線上にあるもので、私達は「鍛え直し」により短期間でトコロテン式に就労自立者を輩出する「通過施設」とは考えたくありません。またなかなかそうはできそうにもありません。作業所と異なる点は、独立した施設設備がもてる……労働生活環境が改善される。うまくすれば少し収益性の高い仕事が導入できる。工賃もアップできる。専門スタッフが確保できる。などです。就労自立を希望するメンバーには就労準備訓練が可能でし一般就労まで援助します。おのずと通所の動機、作業態度等への影響がありますし、結果として巣立ちを迎えるメンバーがいくらかの割合で出てくるものと考えます。しかし一方なかなか巣立てないメンバーも多数残ります、が、それはそれで当面その場を保障し生活を支えなければなりません。このことは基本的には作業所と同じと言えます。

認可施設である社会就労センター等社会復帰施設が積極的に担わなければならない役割は、地域で生活する障害者の自立生活を支えるセンターとしての役割です。数少ないとはいえかなりの社会資源がすでに地域内にあります。しかし、多くの場合「支援活動」がそれぞれの「場」で自己完結させられていて、有効に皆に役立つ地域内社会資源になり得ていないのでは、との指摘があります。情報を共有しあい、連携し・協力しあい地域内の仲間の生活を支え合う、その要・拠点が求められています。私達も、来年度より「地域生活支援センター」を担うべく現在申請しているところで

7. 福祉的就労の場をどう整備するか

社会就労センター及び福祉工場の整備目標が障害者プランで示されましたが今後これらの施設に「地域内福祉的就労の場」として求められるものは、軽作業プラス、労働としてより質が高く負荷も高い、そして収益性も高い「仕事らしい仕事」も導入し、多様なメニューとする。できれば地域内に異業種で複数のセンターが整備され選択可能

とすることです。また共同作業所は、地域内に点在し、小規模で通所しやすいという利点があります。この利点を最大限生かしながら、「福祉的就労の場」として果たしてきた役割と意義を認め、公的に認知し積極的に保護育成されなければなりません。市町村障害者計画の中に必要カ所数を盛り込み、設立運営費を市町村が補助し、国庫補助は現在の団体補助を改め市町村を通じた補助とし、補助額も複数の専任指導員が配置できるよう大幅に増額されるべきと考えます。また仕事の確保のための「業務委託」、「授産製品の利用買い上げ」、「宣伝普及」など運営の積極的支援を自治体が行う必要があります。また社会就労センターに分場を認め、共同作業所の小規模なよさを残して「法内施設化」を認め促進する措置が早急に求められています。

8. 一般事業所を活用した職業リハビリテーション（職親制度）

S40年代に入って全国の病院にナイトホスピタル（外勤作業療法）が普及し、病院が開拓した外勤先事業所へ退病就労させる試みが、高度成長期という経済的背景のもと各地で展開されました。この流れの中で、就労自立を行政的に支援する試みとして、訓練を受け入れてくれる事業所（職親）に6カ月間訓練手当を支給し、その間に職場への適応を進め、雇用に結びつけることを目的にした通称「職親制度」が、S45年東京都・福島県での制度化を皮切りに全国に普及し、S57年（1982年）には、国の事業として制度化されました（通院患者リハビリテーション事業）。平成5年度実績で全国2,016事業所に事業が委託され、2,918人が利用しています。6年度厚生科学研究「精神保健における就労援助に関する研究」の、7都道府県計202人のアンケート結果によると、約50%が通リハ終了後継続して就労しており、訓練終了後も継続し就労できているものの内80.7%が同じ事業所に勤務しているといえます。

この数字を見るかぎり一般就労への橋渡し役として「職親制度」の果たしている役割は大変大きいものがあります。しかしこの制度を活用して社会適応訓練を推進するためには、新しい事業所の

開拓が不可欠な現状です。この点に関して、全家族連主催の第10回「精神障害者の社会復帰と社会参加を推進する全国会議」の就労促進分科会では、次のような要望事項がだされています。

〈手直し希望事項〉

- 委託料の増額（'82<昭57>年発足以来不変）
- 短期訓練制度を取り入れること（トライアルのための事業の公認）
- 条件を検討して再トライが可能な制度にすること
- 社会適応訓練を実施中の精神障害者に対して訓練参加奨励手当等（一率分、および付随的に収益が生じた場合の工賃相当額）を制度的に位置づけること

〈中間の空白を埋めるための要望事項〉

- 社会適応訓練事業の協力事業所において業務指導職員（ジョブサポーター）を置くようにする（労働省関連重度障害者特別雇用管理助成金第2種業務遂行援助者に対比できるもの）
- ポスト社会適応訓練事業として継続就労奨励金制度を設けること（労働省関連特定求職者雇用開発助成金に似るが、対象者の能力からみて更に手厚いもの）

また、労働省所管の雇用対象にも、持久力のなさをカバーする4～6時間の短時間就労、援助付き雇用、グループ就労等の中間的雇用プログラムの創設が期待されます。

9. 歴史及び障害者プランによる整理目標…右資料

精神障害者職業リハビリテーションの歴史

- '50年代 向精神薬による薬物療法の開発
- '60年代 ナイトホスピタル（院外作業療法）
- '70年（S45）東京都・福島県職親制度創設。その後各県に拡大
- '71年 川崎市社会復帰医療センター
- '72年 世田谷リハビリテーションセンター
- '72年 社会福祉法人立「創造印刷」での職能

- 訓練
- '73年 岡山県、職業訓練校で回復者職業訓練開始
 - '74年 岡山県鴨方町地域家族会共同作業所創設
 - '75年 保健所デイケアの開始
 - '75年～ 全国で共同作業所の創設始まる
 - '76年 内尾センター
 - '76年 岡山浦安荘外勤作業による社会復帰援助活動開始
 - '82年 通院患者リハビリテーション事業（職制度）
 - '86年 労働省職場適応訓練事業
 - '87年 作業所国庫補助開始・以後作業所設立急速に拡大
 - '88年 通所授産施設法制化
 - '91年 入所授産施設法制化
 - '94年 福祉工場法制化

福祉就労の場（共同作業所・通入所社会就労センター・福祉工場）障害者プランによる整備目標

	H 8 設置カ所数	整備目標 H14年
精神障害通入所 共同作業所	1,024カ所 (約1,500カ所) 国庫補助対象 563カ所	?
精神障害者通所 授産所	76カ所 (17カ所増予定)	300カ所
精神障害者 入所授産所	7カ所 (7カ所増予定)	100カ所
精神障害者 福祉工場	1カ所 (2カ所増予定)	59カ所

10. 社会就労センターの試み…スライド

職業リハビリテーション (一般雇用)

野中 由彦

日本障害者雇用促進協会障害者職業総合センター
研究員

【趣 旨】

日本障害者雇用促進協会の野中由彦です。どうぞよろしく願いいたします。

私は、障害者職業総合センターで精神障害者の職業リハビリテーションの研究を担当させていただいています。今日は、精神障害者の職業リハビリテーションについて、一般雇用を中心にお話させていただきます。

精神障害者の完全参加と平等のシンボルとして、しばしば一般企業への就職（雇用促進）とその継続（職業の安定）があげられます。それは、病気の回復と社会復帰の象徴でもあります。多くの精神障害者の憧れであり目標とされることです。実際、数多くの精神障害者が治療を継続しつつ一般企業で働いている現実があります。しかし、ただ黙って放っておいたのでは一般企業で「普通」の労働者として働くことが困難な精神障害者が多数存在していることもまた確かです。当面の課題は、適切な支援があれば一般企業での就労に参加できる精神障害者の職業リハビリテーションをいかに進めるかにあると思います。

ここでは、過去どうであったか、現在はどのような状態か、そしてこれからどうなるか、の順で整理してみたいと思います。

要するに、精神障害者のための職業リハビリテーションサービスは何もなかった。そのうち、既成のサービスメニューが条件付きで「精神障害者も使っている。適用範囲を精神障害者にまで広げた」ということになった。やがては、精神障害者の特性とか特徴とかに応じたサービスメニューが開発され、展開されるようになる。そのように私は思う、という話です。

1. 過 去

この邦では 障害者とは みなされず
三十年の 遅れをとった

(1) 精神障害者は「障害者」である

日本の精神障害者の職業リハビリテーションは、欧米に比べて大きく立ち遅れました。それは、国として精神障害者を障害者と認めることを拒んだからといわれています。

ILOは、1955年に「障害者の職業リハビリテーション及び雇用に関する勧告 Recommendation concerning vocational rehabilitation and employment for disabled persons」を出しました。この勧告の定義に従って、障害者は身体障害者のみならず、精神障害者も職業リハビリテーションを必要とする障害者 disabled persons とみなすということになりました。障害者を障害（インペアメント＝機能障害）の種類により差別しないとするリハビリテーションの基本的原則が、国際的な通念として確立したのです（国際的とはいっても、現実問題としては西欧と北米に限られていると思いますが）。

ところが、日本では、「精神病者は病者、患者ではあっても、リハビリテーションの対象としての障害者（disabled persons, handicapped persons）ではない」。

という考え方が、一般に支配的でした。これは、そのまま、世間の一般常識になってしまったようです。端的には、職を求めて相談に行くとき「治ってから来い」と言われたということも例としてあります。治ったのなら既に精神障害者ではありません。これはすなわち、「精神障害者は相手にしませんよ」という宣告です。精神障害者でなくなったら来い、というのでは、リハビリテーションになりません。

精神障害者の一般雇用は「治った人だけが」という考えは、今現在にも色濃く影を落としています。多くの精神障害者にとって、一般雇用は、たいへん高いハードルを越さなければ行き着けないものというイメージが持たれています。「治しながら」に切り替えなくては、現実的には意味がありません。なぜなら、精神障害者というのは慢性

の病気を持つ人だからです。これは当然の基本姿勢です。

(2) 障害の種類で差別しない

障害の種類によって差別しないということが、当たり前のことにならなければなりません。それは、一般雇用を含め、リハビリテーションのどの段階でもそうでなければならないと思います。

困ってるんだったら、みんな
助けてやったらいいじゃないか！

この言葉は、実は精神障害者のグループホームをやっている人が、「知的障害者は入れない」という規則に対して怒って言った言葉です。これぞ、ノーマライゼーションの真髓を端的に表しています。私にとっては、宝のような言葉になっています。

残念ながら、この邦ではこの四十年ばかりをとっていても、こう考える人はあまりにも少なかったと言えるでしょう。あるいは、こう考えていても、括弧付きで「しかし、精神障害者は別」と付け加える人があまりにも多すぎたということでしょう。

例えば、障害者雇用にたいへん熱心な事業所の方とお話したことがあります。その中で「他にいい障害者の方いませんか？」という問いがありました。

「います。たくさんいらっしゃいます。精神障害者を持つ人たちですが……」

「いや、うちではそういう人は……」

これが障害者雇用にたいへんに理解のある人の言葉なのでした。「なるほど、それならなおのこと頑張らなくてはいけない」と思ったものです。

(3) 精神障害者が企業で働くのは一般雇用に限らない

精神障害者が企業で働くことに関わる問題については、一般雇用に限るのは現実的ではないでしょう。一般雇用されている精神障害者は、大方は精神障害者としてではなく、一般の労働者としてやってきているという現実があります。地域の一般企業という場で精神障害者がどう就労しているかに拡大して考えた方がより現実的だと思います。

その一般雇用ではない「中間的な、しかし地域の本物の事業所で働く、働き方」が認められること。そして、試しに思う存分やってみることができると。そういう機会があってこそ、一般雇用への道も広がるのだと思います。そういう連続性にこそ、トータル・リハビリテーションの意義があるのだと思います。

a. 院外作業がスタート

精神障害者が、精神障害者として一般企業で働いている姿が見られるようになったのは、昭和三十年代の後半からでしょう。この時期、精神病院の院外作業というスタイルが全国で広まりました。その当時は、高度経済成長期でした。しかも、それが長く続きました。慢性的にと言ってもいいほどに労働力が不足していた時代が長く続いたのです。企業は人が欲しかったし、単純作業と言われるような仕事がたくさんありました。その経済の波に乗ることができました。今の精神保健職親会は、ほとんどこの時期から、はじめは精神病院の職親として活動を開始しているのが多いようです。

いったい何人の精神障害者が院外作業に出たのか、数字は定かではありません。

しかし、全国全部を合わせると相当数になるでしょう。その中から、一般雇用に移行できた人もかなりの数にのぼるとみられます。

b. 通院患者リハビリテーション事業の貢献

次には、通院患者リハビリテーション事業が大きいでしょう。現在は、精神障害者社会適応訓練事業として法律の上でも位置づけられています。これは国の制度としては、昭和57年からです。他に都道府県単位の職親制度があるところもあります。

これは雇用ではありません。あくまで医療の位置づけです。しかし、精神障害者が、一般の企業で働くというスタイルには違いありません。

これも期間限定型です。一般雇用への移行は、ある職親は「35～45%、単身者は三割を割る。これ以上、どう努力してもこの数字は上回らない」と言っていました。これをもってしても、一般雇用への移行の決め手にはなり得ていないということだと思います。ある県の精神保健職親会会長さ

人も「決め手というのがないんですね」と言っていました。

(4) この十年で大きな動きがあった

他に、次のような事項が挙げられるでしょう。

1986年(S61)	精神障害回復者等に対する職場適応訓練の開始
1988年(S63)	障害者の雇用の促進等に関する法律の施行(労働行政の上で精神障害者が対象となった)
1992年(H4)	精神障害回復者等に対する職業訓練の開始 ILO第159号条約「職業リハビリテーション及び雇用(障害者)に関する条約」を日本が批准(全ての障害者を対象とし、職業の継続と向上も目標に含める)障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改正する法律の施行(身体障害者雇用納付金制度に基づく助成金、特定求職者雇用開発助成金の精神障害回復者等についての適用等)
1993年(H5)	主要公共職業安定所に精神障害者担当職業相談員配置

2. 現 在

「身障用 制度を使って いいですよ」
「ほんとに使える もの欲しいです」

(1) 今は過渡的な時期である

現在は、まさしく過渡的な時期でしょう。精神障害者の労働参加を進める制度は整備されてきています。しかし、それらは単に制度の対象を「精神障害回復者等」(*)にも拡大したものが実情です。したがって、精神障害者に固有の特性に対応した現実的な制度になりえていない面があります。ゆえに、現実問題としては、その制度があまり活用されていないようであります。

※ 精神分裂病、そううつ病又はてんかんにかかっている者で症状が安定し就労が可能であるもの。呼称の変更を検討することと、少なくとも精

精神障害者保健福祉手帳を持つ人で就労可能なものへの適用拡大が提言されている。

(2) 精神障害者の雇用の実態は把握が難しい

精神障害者が企業でどのように雇用されているか、その雇用管理はどうなっているかという実態については、なかなかつかめません。実態把握自体が難しい、という事情があります。

しかし、本人も事業所も精神障害者だと認識し、雇用されている労働者の数が約11,000人と初めて把握されました（てんかんにかかっている者は約2,000人）。平成5年度身体障害者等雇用実態調査結果報告書にあります。次回の調査でどういう数字になるか、興味を持たれます。この人たちの雇用に、事業所がどれほどの負担感を持っているかはわかりません。しかし、身体障害者、精神薄弱者の雇用と比べて、けっして軽い負担ではないと思います。したがって、少なくともこの11,000人については雇用率の対象にすることに反対する理由は、事業所側にはほとんどないはずです。

(3) 産業経済情勢が厳しい中で規模の小さい事業所が実績をあげている

昨今の産業の空洞化や経済成長の長期低迷等の産業経済情勢は、精神障害者の就労参加にとって明るい材料となりそうなものは少ないといえるでしょう。そうした中で、比較的規模の小さい事業所が、厳しい条件の下で精神障害者の雇用就労に実績をあげているのが現状であります。

今までは、事業所のボランティア的な精神でなんとか持ってきたというような実態があります。「のめり込みを要する」「中途半端ではやってられない」と精神障害者雇用事業所の人が言う状況であります。この状態は、受入事業所への積極的な支援がされないと変わらないでしょう。受入事業所は増えていません。不況が続くと維持するのが精一杯です。精神保健職親会も組織の拡大が難しいという状況認識ではほぼ一致しています。

(4) 法体系は整備されてきた

精神障害者の社会参加、雇用促進につながるような法体系の整備は、このところ着々と進んできました。障害者基本法の制定は、大きな意味があります。これで日本も「精神障害者も障害者だ」と公認しました。そしてその精神に反する法律や

規則は作ってはならないということになっています。そして都道府県、市町村等の役割を大きなものと決めました。その効果は、一般雇用というところにまでもだんだん出てくるはずだと私は思います。しかしそれは、長い時間のかかる、ポチポチ、ポチポチという歩みでしょう。

精神保健法が、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」というように、医療と福祉が混じりあった世界に類を見ない不思議な法律になりました。これには、賛否両論があります。精神障害者の福祉に力を入れるようになったと肯定する論があります。一方、医療と福祉をごちゃ混ぜにしている、精神障害者の福祉だけを他の障害者の福祉と切り離すものだ、という否定論があります。

病院が福祉をもやる、というような不思議な現象が見えています。病院も大きく変わろうとしている、ということは言えるでしょう。しかし、本来は、病院は医療をやる、福祉は地域社会がやる、という姿が健全でしょう。これは精神病院関係者からも聴いたことであります。この辺りは、医療関係者の間でも必ずしも意見が整理されているのではないようです。その背景には、病院関係者の雇用の問題もあるでしょう。これはまさしく過渡的なものでしょう。自然な形ではありませんので、いずれは切り離されていくと、私は考えています。

3. 未 来

ポチポチと 確かな変化が 現れる 身近なところに 確かな変化が

(1) さまざまな動きが予想される

今後は、さらにさまざまな動きが予想されます。福祉の地域主体化の流れは確実に精神障害者の領域にも押し寄せるでしょう。精神障害者の特性を踏まえた企業就労を支援する独自の地域サービスが現れてくる下地は十分あります。

精神障害者本人の組織も雄々しく発言してくるでしょう。家族会の活動もさらに目立ったものになってくるでしょう。

さらには、急速に近づきつつある高齢化社会という時代の流れがあり、高齢者雇用の問題とも接近してくるでしょう。それは、精神障害者と高齢

者は、働くということに関してかなり似かよった問題状況を持つからです。

しばらくは、そうした大きな転換への橋渡しとなる大切な時期が続くと思われます。

(2) 雇用率制度への適用はしばらく先か

精神障害者の一般雇用の拡大という点で大きな意味を持つものに、雇用率制度への適用の問題があります。もし、これが実現されれば大企業・中企業の精神障害者雇用に向けた積極的な取組みへの大きな弾みとなるでしょう。

雇用率制度の対象に精神障害者が入れられるのは、いつになるか予断を許さない状況のようです。ずいぶん早くそうなるような話を聞いていた時期もありました。しかし、いざとなると慎重論が出るのでしょう。すべて憶測の域を出ませんが、最近では「あと十年かかるのではないか」という話もきかれます。労働省の「障害者雇用問題研究会」の96年8月の報告『今後の精神薄弱者、精神障害者等の雇用の在り方について』によると、「精神障害者の雇用率制度については、障害者プランの計画期間である平成14年度までには、引き続き検討を加え、適切な措置が講じられることが必要である。」という言い方をしています。すなわち、それまではないということは確実な状況です。

(3) 精神障害者の特性を考慮した就職支援システムが切望されている

現行の職業リハビリテーションメニューは期間限定型であります。これは若干の精神障害者には適する場合があるものの、多くの精神障害者には無理があることが指摘され続けています。特に精神障害者社会適応訓練事業に続く適当な就労支援システムが実質的に無いことが、以前から問題としてあげられています。

特性が考慮された就労支援システム

- ・長期間型
 - ・人的支援付き
 - ・総合的支援
- 移行チャンスの拡大

精神障害者の特性が十分に考慮された就労支援システムが望まれています。それは、長期間型又は期間を限定しないタイプのものであること。(なぜなら、慢性の病気を持つ人たちだから、長

期的に対応するのが当然だから。) 人的支援があること。(なぜなら、必要不可欠だから。無い場合は、現実には、受入事業所が担っています。) 住居・生活支援をはじめとした総合的支援を考慮していること。(なぜなら、多面的な課題を持った人が多いから。) というように、精神障害者の特性に対応した特色を具備するものに集約されると考えられます。こういう就労支援システムがあつてこそ、一般雇用への移行のチャンスは拡大すると思います。

(4) 受入事業所が増えるための条件整備は不可欠である

精神障害者を受け入れる事業所が増えるためには、条件整備が不可欠です。現状では、精神障害者を受け入れている事業所は、「莫大な労力・時間・コスト、危険を負っている」との負担感を持っている場合が多いといえます。

現状では、精神障害者を受け入れる企業のメリットは、精神的なものにはほぼ限られています。(ただし、それは実に大きな意味があることは見過ごされてはならないでしょう。) 受入事業所の拡大のためには、事業所の負担を減らすとともに、精神障害者を受け入れることは、企業にとっても総合的にみて明らかにメリットが有ると認められるようにすることが必要であります。

(5) 「要求水準が再調整された就労形態」を公認することが必要である

多数の精神障害者が企業において就労参加していくためには、一般雇用以外の雇用就労形態、すなわち、「要求水準が再調整された就労形態」を働き方の一つとして認め、広めることが必要であります。具体的には、対象事業所においては、非営利団体による労働者派遣システムの考え方(※)が評価されています。

※これは、非営利団体が登録障害者を地域の事業所に派遣するシステムです。非営利団体は、基礎的な職業レディネスに関する評価・指導、住居・生活支援、特に移行期における濃密な人的支援等を受け持ちます。

障害者の希望や能力、状態等に応じて柔軟に派遣先、グループ構成、就業日数・時間等を定める

ことができます。派遣業の性格なので、各種保険その他に関しても受入事業所の負担は大幅に軽減されます。

また、意思と能力が認められた上での受入事業所での一般雇用への移行も視野に入れられています。

英国のサポータード・プレイスメント Supported Placement が一つのモデルであります。(そこでは受入事業所に対して、平均45%の賃金補助が付きます)。

私は、このサポータード・プレイスメントの考え方に注目しています。これによれば、働くほうも、受け入れるほうも安心して取り組めるはずだからです。この「安心こそは精神障害者の職業リハビリテーションのキーワードなのではないでしょうか。私は、全国各地の精神保健職親会を訪問させていただきました。二十年、三十年と精神障害者を受け入れ続けてきた事業所の雇用管理の核心は、「安心感を作り出す」ということに集約されるように思われました。

【まとめとして】

精神障害者が加わると人間集団の質が変わっていく

精神障害者 入ると組織の 質変わる 企業の健康 回復に効く!?

精神障害者を受け入れ続けてきた事業所の経験によると、精神障害者の就労参加は、単にハンデキャップのある人を手助けするというだけの意味にとどまらない側面があります。

精神障害者は、「人間関係という、あらゆる組織の生命線ともいえる部分に最も深刻な“もろさ”を抱えた人たち」ということができるでしょう。そういう人たちが組織の一員として加わり、そして継続するということは、組織の質を変える可能性があります。そのことは、現に長く精神障害者を受け入れ続けてきた事業所においては、ほぼ例外なく認められることです。

それは、利潤・生産性・効率追求の論理によるストレスフルな競争主義社会の行き過ぎを改めるという意味があります。現代日本社会全体が陥っている病を治すためのセンサーとしての働きがある、と考えるはどうでしょうか。そして、それは企業における人間社会集団の本来の健康な在り方の獲得、新しい企業経営理念の構築といった実に大きな一歩につながる豊かな可能性のあることと考えられます。

これは理念的なことばかりではありません。精神障害者受入事業所では、長い年月でみると経営基盤に粘り強さが出ているということが事実としてあります。「もろい人たち」を抱えるようにしてやっていくから、企業としては強くなっていく、という原理が働いているように私には見えます。

そして、精神障害者が社会参加していくということは、社会全体の質を変えていくという大きな仕事につながるのではないかと。それは「人を痛めつける社会」から「人を癒す社会」への変革を意味するものではないか。精神障害者の職業問題に携わってきて、私は、だんだんこう思わされるようになってきています。

分科会 A—2



発達障害とリハビリテーション

	まとめ	〔座長〕	伊澤 秀而
	TEACCHプログラムを用いた成人自閉症の援助について		藤村 出
発達障害児の地域生活を進めるために—母親および小児科医の立場から—			河島 淳子
「いまの手持ちの力」を尊重する関係力動論的な障害児教育の展望			神園 幸郎
	知的障害者居住施設退所者の現状と課題		山村 健

③偏食、虚弱、虫歯、肥満、便秘

脳の何らかの障害によって、2次的・3次的障害が出てくるが、これらの障害は育て方の善し悪しによって軽くも重くもなる。

(3) 方針をたてる

息子には、明らかに言語の遅れがあったので、『精神遅滞児』と考へ、「残っている健康な脳の機能をフルに生かして、2次的・3次的障害をできるだけつけない子育てをしよう」と考へた。やがて、自閉症と確信してからは自閉症についてのできるだけの情報を求めた。治療・教育法について、まだ殆ど何もわかっていない状況と彼らの悲惨な経過と予後に戦慄し、何とか自分で育て上げなければ大変なことになると考へた。

(4) 「社会に受け入れられる人にしよう。一緒に生活できる人にしよう」

自閉症青年達が施設で、希望もなく悲惨に不自由な生活をしている姿を思うと胸が苦しくなる。自閉症児たちが地域社会で『より自由に豊かに』生きていけるように、出来るだけ早期から、適切な、一貫性のある、継続した、行き届いた療育をしなければならない。

(5) 具体的目標の『できること』を増やしながら、常に内面的目標を意識して育てる。

I. 具体的目標（自立をめざして、できることをふやす）

- ①社会的に受け入れられる行動ができる
- ②生活習慣の確立
- ③言語力をつける
- ④基礎学習と職業技術の獲得
- ⑤余暇を楽しみ、うまく扱うことができる

II. 内面的目標（精神の豊かさ、深さ）

- ①愛することができる。
(感謝する、思いやりを持つ、奉仕の心をもつ)
- ②働くことが好きである。

(6) 適切な時期に適切な療育をする

自閉症児は朝顔のようである。方向を定めてやらないとその蔓(つる)は、思うままにその性質のままに元気いっぱい曲がりくねって伸びていく。一度曲がったものを伸ばすのは苦勞である。好ましく伸ばすために、適切に援助していかなければならなかった。

ればならなかった。

1) 見通しを持って育てる

学童期までの育ちによって、思春期像が決まる

①なぜ育ちにくいかを客観的に診断し、的確にかかわっていく。

②性を考慮し、生活年齢を考慮した育て方をする。

子供はやがて男や女になる。男や女としてのエチケットを教える。

③大変でも早期から基本的な生活習慣の確立に向けて努力する。

思春期までに、基本的な生活習慣の確立(特に排泄・入浴)をめざす。

・着席して食べる 待つ 自他の区別を教える

④歩く習慣をつける。山歩きをたのしむ。マラソンへ発展させる。

⑤早期から、遊びも課題学習として取り組み、やりとりする。

積み木 マッチング はさみ 絵描き歌 折り紙

「指示する 指示に従う」

「模倣させる 模倣する」

「要求する 要求される」

「質問する 答える」

できるようになったら、遊びに発展させていく。

⑥基礎学習をさせる。困難な課題を我慢してやり抜く精神力がつく。

悟りにくく、学びにくいので、努力して学ぶ態度がついてくる。

コミュニケーション力がつく。

★⑦手の機能をみがく。(重要)

⑧調理・洗濯・掃除を一人でできるまでにしていく。

日常生活を忙しく。役割を与える。責任を持たせる。

⑨家族の中に適切に当たり前位置づける。

自閉症児をご主人様にしない。

⑩趣味をもたせる。

⑪日記による反省の習慣・話し合いの習慣をつける。

2) 薬物療法 (精神の安定をはかる→本人も家族も楽になる)

(7) 社会のルールやエチケットを守れることを第一に、指示に従って学び、行動できるようにし、コミュニケーション力をつける努力をした。認知障害を持つ上に、生きるために必要なことを拒否して学ぼうとしない息子には、家庭でのきめ細かい徹底した個別課題学習が必要であった。得意なものだけでなく、できないことや嫌なことも克服させてきた。手の機能をみがくことが認知力をつけ、自立につながるので、重視した。基本的な生活習慣の確立に向けて、細かいステップをふんでトレーニングした。また社会性の育ちにくい自閉症児は地域で生きていく術を学べないので、外出の機会を作り、買い物・交通ルールやレストランでの適切なふるまい方なども教えた。

そして、わが子は今25歳である。2次的・3次的障害をできるだけつけないようにという懸命な努力の結果、自閉症の特徴は残しながらもかなり好ましく育ち、自宅で洋裁の勉強を続けている。家族の洋服は一応縫えるまでになっており、彼が家事を手伝ってくれたりするお陰で、私は幼い自閉症児の療育を続けることができている。

2. わかば共同福祉作業所の実践

自閉症児たちの多くは、その教育の困難さ・ずさんさ、無知の故に、養護学校高等部まで出たにもかかわらず、未だ身辺自立さえ不十分で、その上、コミュニケーションがとれない、指示に従えない、集団行動がとれない、情緒不安定である等の問題を残したまま青年期を迎えていた。「学校卒業後に行き場がない」という絶望的状况の中で、私は息子の子育てと同時進行で、愛媛県新居浜市在住の親たちとともに、1983年「わかば会」を発足させ作業所設立をめざした。そして、1987年に「わかば共働福祉作業所」を開所し、あらためて療育に取り組んだ。現在9年が経過した。

(1) 自閉症青年達の2次的・3次的障害を取り除こう。

当作業所で出会った自閉症青年たちは、過保護に育てられた青年たちであった。又、嫌がることはパニックを起こして抵抗し決してやろうとしな

いので仕方なく要求のままに育てたり、何もできないと思って全面的に世話をして育ててきた青年たちであった。

躰もされず、躰もできず、いつまでも赤ん坊のように何もかも世話をしてもらって育った人。何もできないと思われ、何も教えられないと諦められていた人。人から学ぶことを知らない、学ぼうとしない人。乏しい単調な経験しかなく、子供の遊びも知らない人。自傷行為をする人。他傷行為のおさまらない人。彼らは大きな歪みをつけて大人になってしまったが、これらの2次的、3次的障害を取り除くことは周りの者の義務であり責任である。

(2) 家庭的雰囲気の中で個人を大切に、行き届いて療育しよう。

「少しでも、豊かに人間らしく、幸せに」生活できることを願って、次のような目標をかかげて、あきらめないで忍耐強く取り組んできた。

- ①基本的な生活習慣の確立をはかる。
- ②規則正しい生活・運動を通して、身体づくりと心の安定をはかる。
- ③適した作業を見つけ、働く喜びと自信をもたせ、好ましい発達をはかる。
- ④生活年齢にふさわしい掃除・洗濯・調理などの家庭科技術を身につける。
- ⑤未熟・未発達の彼らに、遅れ馳せながら個人指導を行い、生きるのに必要な基礎能力を育てる。
(言語と基礎学習・微細運動・全身運動など)
- ⑥問題行動・異常行動・不適応行動をなくしていく。
- ⑦地域の中で生きていくために必要な社会ルールを身につける。
- ⑧遊び方や、余暇の過ごし方を身につける。
- ⑨これらの目標が家庭でも達成され、正常な家族関係をつくる。

(3) 青年期の彼らを療育するのは、次のような理由で大変困難であった。

自分のやり方に固執する。新しいパターンを身につけにくい。正しい身体の使い方を教え直すのは難しい。母親を召使いのように思い、何もかもして貰って当然と思う。自発性がない。自分がす

べきことが増えることに激しく抵抗する。身体が大きく体力があり指導しにくい。大人への排泄指導は抵抗がある。一度身に着いた問題行動を取り除くのは難しい。また、行動が改善されても、環境や人が変わればまた出てくる。

(4) それでも、指導員そして家族の努力によって、彼らの状態はかなり改善された。幸せそうに自宅から通所し、作業をしている。彼らがより一層自立できるように、今TEACCHプログラムを本格的に導入し、環境の構造化を図っている。

すでに大きな歪み（2次的・3次的障害）をつけて育ってしまった自閉症者も、適切な取り組みによって、発達を促し、歪みを取り除くことは確かに可能であった。諦めたり見捨てたりすべきではないと思う。

3. トモニ療育センターでの試み

(1) 自閉症児の子育ては極めて困難で、強度行動障害をもってしまうと地域社会で生活することは非常に難しくなる。しかし、早期から適切で一貫性のある徹底した継続的な療育を行えば、地域社会で豊かに生きていくことが可能となるだろう。そのためには親の指導が欠かせない。

(2) 当センターは、自閉症児に最も影響の強い親がすぐれた療育者として育っていくように援助することを目的としている。困難な子育てをしているために『親たちが療育について専門知識を得る場』であり、『子供を理解する場』である。

(3) 母親のための毎月の講義

- 第一火曜日 講義 療育について
- 第二火曜日 講義 基礎学習について
- 第三火曜日 療育相談 グループカンファレンス

(4) 個人セッション

毎月1回それぞれの予定の日時に、子供と母親もしくは両親に来てもらい、個人セッションを行っている。個別課題学習のやりとりから子供を総合的にみ、療育内容を点検している。この取り組みによって、個々の母親に必要な知識や考え方を的確に講義内容に盛り込むことができる。親だけでなく担任も同席してセッションの様子を観察し説明を聞くことが出来るので、学校の適切な協力

も得やすい。

自閉症の予後は厳しく、見かけからは想像もできない重大な広汎な発達の困難性を持っているので、PEP-R教育診断検査など各種テストを実施し、子供を全体的に詳細に観察し、把握し、適切な個別指導を長期にわたってする必要がある。

私は初回セッションの時に、PEP-R教育診断検査を丁寧にやっている。認知やコミュニケーションの障害を持つ自閉症児を育てていくためには、個別課題は重要である。個別課題学習に取り組む過程で様々な認知障害が把握される。また個別にしっかり関わる中で、対人関係は改善され、より高次の信頼関係が必ずできてくるので、母子関係を強めることを目的に、おんぶや抱っこをして子供に気に入られようと努力する必要はない。気に入られようとしたり、情緒の障害であると考えたと、自閉症児の療育にためらいが出てくる。特に大人は『泣き』にふりまわされ、親子で情緒障害をおこしてしまう。嫌がっても生きる上で必要なことは譲らないで励ましながら手を添えてでもさせる。どなったり、決して暴力をふるったりしないで、敬意をはらいながら自閉症児に分かり易い方法で共に努力していく中で、子供は親を信頼し大好きになり、指示が良く聞けるようになる。

(5) TEACCHプログラムの導入

一日のスケジュールや手順をしめし、コミュニケーションに文字カード・絵カードを活用するなどの構造化をはかることで、自閉症児の自主性が増し、基本的な生活習慣の確立も容易になってきている。親の一方的な気まぐれも減り、一貫性が保ちやすくなっている。問題行動も軽減している。個別課題学習と相乗して言語力もついている。母親だけでなく父親も療育に参加しやすくなっている。

(6) 記録の重要性

家庭は社会生活の基礎を学ぶ場で、一番重要な療育の場である。行き届いた療育をしていくために、家庭での課題の取り組み、子供の様子・状態などを1週間毎に記録してもらい、この記録をもとに子供と家族の様子を読み取っている。記録することによって、親は子供をより注意してみるようになるだけでなく、自分の言動をも点検し、内

省して問題行動の解決が適切になる。家庭生活を充実させることができ、より適切な療育を継続することができる。

(7) 父親懇談会

子供を理解し、妻（母親）を思う機会になっている。また、父親たちがお互いによい影響を与え合う場になっている。

(8) 成 果

自閉症児の療育について専門知識を得、子供の言動の意味が良くわかるようになった親には戸惑いがなくなり、子育てを楽しむゆとりさえ出てきた。父親が子育てに積極的に参加するようになり、両親が同じ知識、同じ見方、同じ思いで協力し合う時、子供の状態は急速によくになり、家族が幸せになってきた。子どもの明らかな改善に保母や教師が家族と共に頑張ってくれるようになった。

最も早期に取り組んだ子ども（2歳2カ月開始）は、初回のPEP-R教育診断検査では何でも放り投げ、泣き叫んでいたが、両親が一致して療育に取り組んだ結果、1カ月後には着席して個別課題学習ができるようになり、課題が好きになり、ますます親になつてきている。身辺自立の取り組みも順調に進んでいる。

また、強い拒否とこだわり、大泣き、自傷行為を示していた子ども（4歳3カ月開始）も、母親が一貫した理性的な態度で強力に関わることで、新しいことも受け入れられるようになり、行動障害はほとんどなくなった。表情もやわらかく身体も健康的になり、今では楽しく課題学習をこなし、母親だけでなく兄弟や友達とも遊べるようになってきている。

このように、親が変わることによって、子どもは全員好ましく育ってきている。

4. ま と め

生まれてきた子が障害児の場合、自立させることが極めて難しいことから、親は絶望的になったり、苦しんだりする。私の場合、前向きに懸命に子育てをしてきたが、息子は利口そうなその外見からは想像もつかない程、非常に歪みやすく育てにくい子供であった。しかし、可能性が見え隠れしていて全力投球せずにはいられなかった。また、

教育の現場が整っていない状態の中で、無知な教師や非人間的な教師・情熱のない教師に出会うことが多く、子供を守ることで精一杯のこともあった。残念だが、教育界のこの状況は今も続いている。現状では、親が頑張るしかないのである。だから、親教育に力を入れている。

自閉症児は、人間として生きていく上で非常に大切な認知の機能障害があり、想像を絶する不都合、不便、混沌の中にいる。広汎な発達障害を持つ彼らは最も質の高い療育を必要としている。正しい療育によって、症状を改善し好ましく育てることは可能である。

医療・教育・福祉の充実、そして特に学校の理解と協力が得られるならば、自閉症児を抱える家族の生活はずっと幸せなものになり、子供たちも好ましく育っていくだろう。

現在、早期発見・早期療育が可能となり、幼児期の療育はかなり充実してきているが、その延長にある学校教育の内容はまだまだ激しく不十分である。自閉症児の障害は一生続く。適切な行き届いた療育を幼児期、学童期、青年期へときっちりバトンタッチしていく必要がある。そのためには、チームワークが大切である。TEACCHプログラムも積極的に学び、柔軟に試みてほしいと思う。

また、自閉症児は一見正常に見えるので、地域社会の人々に最も誤解されやすい子どもたちである。理解されにくく同情されない子どもたちである。そのために家族の悩みは増大している。しかし、自閉症児はどの子も可能性を秘めており、非常に魅力のある純粋な愛すべき子供たちである。人間の素晴らしさを、生きることを教えてくれる子供たちでもある。彼らがより自由に幸せに共に生きていけるように、地域社会の人たちへの正しい理解の普及と彼らへの行き届いた援助を心から切望する。

「いまの手持ちの力」を 尊重する関係力動論的な 障害児教育の展望

神園 幸郎

琉球大学教育学部助教授

発達障害児に対する治療的な接近の方法には、従来から相互に異なる2つの考え方があります。

その一つは障害の本態に直接働きかけて障害そのものを治療もしくは改善することを目指すものです。この考え方に基盤を置く治療的な介入や療育は、従来から障害児教育の本流をなしてきて、様々な理論構築や治療法の開発がなされてきました。

いまひとつは、障害そのものの治療や改善よりも、障害を理解し受容した上で障害をも含み込んだ生活上の自立や社会的な適応を重要視する接近方法です。例えば、自閉症の療育プログラムとして最近注目を集めているTEACCHプログラムでありますとか、言語発達遅滞児をコミュニケーション障害児と捉えて、コミュニケーションのもう一方の担い手である大人の側のコミュニケーション感度を高めることによって言語発達遅滞児の改善をめざすINREAL療法などがあります。

もちろん、これらの考え方はともに重要であることは当然ですが、これまでの障害児教育においては、後者の取り組みは希薄であったように思います。

障害を関係力動的に捉えて障害児の生活世界における対応性を高めるような取り組みが障害児教育において、もっと強調されても良いのではないかと私は考えています。こうした考えを標榜しつつ私が行いました研究を紹介します。

1. 暦計算能力を示すサヴァン症候群児

発達障害の中には特殊な領域において優れた能力を示す子供達があります。こうした子供達を以前は“idiot savant”、白痴天才と呼び、様々な事例が報告されてきました。現在は“idiot”ということばは差別的な意味あいがあるということで

“savant syndrome” サヴァン症候群と呼ばれています。

アメリカでの調査によりますとサヴァン症候群児の出現率は精神遅滞者で0.06%、自閉症者で9.8%となっていて、自閉症に圧倒的に高い割合を示しています。また、アメリカのHill (1974) の分類によりますと、特異才能は次に示す7種類に分けられています。それらは特殊感覚(匂いで人をかぎわける、1枚の紙をはがして2枚にする、といったように感覚が非常に鋭敏なこと)、絵画、機械組立(複雑な機械の分解や組立)、音楽、数学、記憶そして暦計算です。

過去、それぞれの領域のサヴァンについて数多くの研究がなされてきましたが、そのほとんどが事例報告であり、そうした特殊才能がどのように生成されるのかといった認知的なプロセスについて言及した研究はほとんど見られませんでした。ところが、1980年代の中頃からイギリスのHermelin & Oconnorを始めとして、“サヴァン症候群”の内的な処理のメカニズムについての実験的な研究が盛んになってきました。そうした研究から明らかになったことは、優れた記憶に依存した比較的単純なパターン化された活動であると思われる彼らのパフォーマンスが、実は極めて知的な活動に支えられているということでした。

例えば、私の知り合いで沖縄では有名なプロのミュージシャンがいます。彼は全盲でなおかつ自閉症という重複障害者で、ピアノを弾くこと以外の生活はほとんど他者の介助を必要とします。彼は盲学校在学中からその音楽的才能は優れていて、一度聞いた音楽を即座にピアノで再現できるのです。再現するだけでなく、彼はショパンの曲をビバルディ風に弾くといったように作曲家に特有な曲相を認識できるうえに、さらに驚いたことに彼は作曲までするのです。

音楽という特殊な領域に限られていますが、極めて知的な活動が営まれていることがわかります。

今日お話しする事例は“カレンダー・カリキュレーター”、通称「カレンダー・ボーイ」、「カレンダー・ガール」と呼ばれている暦計算者についてです。「何年何月何日は何曜日ですか」と尋ね

ると即座に答えることができる人達のことです。

対象者：自閉症の男の子で、当時養護学校の高等部の1年生でした。

本児のWISCの結果は、VIQ=65、PIQ=96、全IQ=70で、軽度の遅れが認められます。

方法：テープレコーダーに予め吹き込んである日付を提示し、できるだけ速く曜日を答えてもらいます。1989年（現在）を中心として過去と未来へそれぞれ7年おきに28年間を対象としました。刺激リストは、ひと月あたり一つの日付を抽出して、9年×12カ月の計108個のランダムに配置された日付から構成されています。

結果：刺激が提示されてから曜日が答えられるまでの反応時間を計測し、それぞれの年ごとの平均を示したのが図1です。縦軸は反応時間、横軸は日付を示します。過去と未来の日付に対する反応時間のパターンが、シンメトリックとなっていて、なにか法則がありそうだということがわかります。

実験終了後に面接をして質問に答えてもらったのですが、その時のやり取りを示したのが表1です。本児は簡単なことであれば、やり取りはある程度可能でした。

カレンダーを見ていただくと分かりますが、カレンダーには一定の法則があります。そのことについてこの子供が述べたのがこれです。

1) 1、8、15、22を1つの集合として捉えています。カレンダーを曜日ごとに縦に見ているということが予想されます。

2) 1年分のカレンダーを見ていただくと分かりますが、カレンダーの数字の配列が同じになる月の組み合わせがあります。本児はこのことを知っていました。

3) 閏年ではカレンダーの数字の配列が同じになる月の組み合わせが変わります。このことについても本児は知っていました。

4) 連続する年では曜日が1つずれるという法則も知っていました。

5) カレンダーは28年周期で繰り返すという法則については知らないとのことでした。

次が大変貴重な報告なのですが、彼が行った暦計算の方法を述べたものです。普通、こうした内

省報告は障害児、とりわけ自閉症障害ではほとんど得られないのですが、本児の場合は幸いにも貴重な情報が得られました。

6) 1981年から1989年は「ばっ」と出てくる。つまり、記憶に蓄えられているのだろうと思います。日付が与えられると、4年づつスキップして記憶されている年までさかのぼり、その年の同月同日の曜日をスキップした回数だけ戻すというやり方であることがわかります。4年の間には必ず閏年が入りますから、1回スキップするごとに曜日を5日戻すこととなります。5日戻すことは2日進めることと同じです。

再度、図1を見て下さい、1975年、1996年ともに80年代の入るには2回のスキップを必要とします。1968年と2003年は4回2010年は6回となり、スキップ回数に応じて反応時間が長くなるのがわかります。ところが、1961年と2017年は逆に反応時間が短くなっています。1961年と2017年は現在から28年過去と未来の年に当たります。したがって、現在と同じカレンダーになっているわけです。ですけれども、先程の内省報告では暦が28年周期で変わることについては本児は知らないということでした。しかし、明らかに1961年と2017年の反応時間は短いわけです。そこで、次のような分析をしてみました。

それぞれの年の日付は108項目のリストにランダムに配置されているわけですが、1989年と1968年、2017年の3年についてそれぞれの年の12個の日付を試行の早いものの順番に並べ替えて、それぞれの反応時間を示したものが図2です。

2017年を見ますと、1番目、2番目あたりは結構時間がかかっていますが、3番目あたりから速くなり、その後、多少のこぼこはありますが、速くなっています。恐らく、本児は、課題の遂行中に2017年が1989年の現在の暦と一致することを発見し、そのことを利用しているのであろうと思われる。

他方、1961年はこの傾向は見られません。1961年の場合は1989年までスキップしてさかのぼらなくても、1981年で手がかりを得られますので、2017年に見られた促進効果が出なかったのだろうと思われます。

2017年でみられた現象は、本児が暦についてのある種の間接的な関係を自ら発見し、しかもそれを利用するといった極めて知的な活動が行われていることを示しています。

サヴァン症候群の子供が示す特異才能は、その領域に限られてはいるものの非常に知的であって、従来言われているように「単に記憶に依存したパターン行動で、知的な側面は薄い」といった認識には誤りがあることが明らかになってきました。

さて、こうしたサヴァン症候群の特異才能が学校ではどのように捉えられてきたかといいますと、物珍しさで注目されることはあっても、彼らの能力に対して直接的に教育的な関わりが試みられたことは非常に希でした。むしろ、固執性の強い問題行動とみなされ、否定的に捉えられて、退けられてきました。

こうした、学校側の対応の背景には、人間の知的能力に関する固定化した、強固な観念があるのだらうと思われまます。

今世紀初頭、フランスのビネーによって知能テストが開発され、人の知能は身長を測るのと同じように量的に測定できるようになりました。つまり、人の知的能力を一つの尺度上に位置づけることができる手段を手に入れたわけです。このことは心理学の歴史の中で、画期的なことでありました。知的能力をIQという一次元上に位置づけるという知能の考え方は学校にも多大な影響を与えることとなります。

アメリカの心理学者でハワード・ガードナーという人がいますが、彼の著書MULTIPLE INTELLIGENCEの中で、彼は次のように書いています。

知能の一次元的な見方は‘UNIFORM SCHOOL’を生み出すことになったというのです。UNIFORM SCHOOLとは誰もが皆一様に習得しなければならない知識のセット、これをコアカリキュラムといいます。このコアカリキュラムが中心で、個人の特性に応じたカリキュラムはほとんど用意されていない学校、つまり、みんなが同じことをして横並びになるような学校のことを指しています。

知能の一次元的な見方に対して、ガードナーはMULTIPLE INTELLIGENCEという考え方を提出しています。知能は多元的で、多くの不連続な面があり、人々はそれぞれの面で異なった認知的な強度を持ち、個人ごとにそのプロフィールは違っていると主張するのです。ちなみに彼が提出した知能の種類は次のようなものです。

言語的知能（これらはこれまでのペーパーペンシル型のテストで測られたも論理・数学的知能のと基本的に同じ）

空間的知能（空間的世界の精神モデルを形成して、そのモデルを使って模擬演習したり、操作したりする能力：航海士、外科医、彫刻家、画家）

音楽的知能 身体・運動的知能（身体やその一部を使って物を作り出したり、問題を解決する能力：ダンサー、職人、運動家）

個人間知能（対人関係を調整することができる能力：セールスマン、政治家、先生、臨床家）

個人内知能（自分自身の正確な偽らぬモデルを形成し、生活において効果的にそのモデルを使うことができる能力）

こうしたMultiple Intelligenceという知能の見方に立つと、学校は個人の知能のプロフィールを尊重し、それを助長するような個人中心の学校になるというのです。そうした個人中心の学校を実現するためには教師の果たす役割が大きく、教師が備えるべき資質として彼は次の3つを強調しています。

“ASSESSMENT SPECIALISTS”：個人の能力や興味を敏感に包括的に理解できる評価の専門家でないといけない

“STUDENT-CURRICULUM BROKER”：生徒の知能のプロフィールや目標・興味に合ったカリキュラムを斡旋することができなければならない。

“SCHOOL-COMMUNITY BROKER”：より広い地域社会での学習機会に生徒を斡旋し適合させることができなければならない。

これまで、養護学校や特殊学級では障害に応じ

た指導、あるいは個人の特性に応じた授業、いわゆる適正処遇交互作用という考え方が声高に主張されてきましたが、実際には普通教育におけるコアカリキュラム中心の授業を脱却できずにいるのが現状であろうと思います。つまり、個人の強さを発見し、それを助長するといった働きかけよりも、すべての子供が備えるべき知識や技能のうち、その子の弱い部分を補うような指導が専ら授業の中核をなしているように思われるのです。

ガードナーが主張する知能の視点を持つことによって、サヴァン症候群の子供達への、もっと積極的で、かつ適切な指導のあり方が展望できるように思えます。

2. ダウン症児のオノマトペ

個人の特性を最大限尊重したアプローチとして冒頭で紹介しましたインリアル療法では、子どもの能力そのものを高めることよりも、現在の水準を最大限に発揮させることを重視します。つまり、子どもと関わる大人の側のコミュニケーション感度を高めることで、子どもは自分の手持ちの力で関わっても通じたという成功感を持つことができ、そのことがコミュニケーションへの動機を高めることにつながると考える訳です。

ところで、ダウン症児は、一般に認知発達の水準に比べて表出言語が少なく、言葉を使ったやり取りに困難を抱えています。しかしながら、言葉でのやり取りは限られています。表現活動自体は大変活発で、お互い同士ダイナミックなコミュニケーションが交わされています。そこでの媒体は身ぶり手振りなどの非音声的な手段が主に用いられるのですが、それらに加えて擬音語・擬態語が頻繁に使われています。擬音語・擬態語は言語学的にはオノマトペと呼ばれています。私はこのオノマトペが彼らに特有なコミュニケーションの媒体になっているのではないかと考えまして、彼らのオノマトペを調べてみました。

対象児は精神年齢が2歳、3歳、4歳のダウン症児と精神遅滞児です。図3に結果を示しました。DS群がダウン症児群、MR群は精神遅滞児群です。Aが精神年齢2歳、Bが3歳、Cが4歳です。縦軸が全意味語に占めるオノマトペの割合を示

しています。C1児は極端に高い値を示していますが、動物の縫いぐるみが多数置かれている場面の遊びで出現したもので、オノマトペを誘発しやすい場面依存的な特徴によるものであって他の子との本質的な差異を示すものではないと考えて下さい。そうしますと、この結果からはとりたててダウン症児にオノマトペが多発しているとは言えそうにありません。

ところが、これらのオノマトペがコミュニケーションにおいてどんな使われ方をしているかを調べてみますと、図4に示すように両群に明らかな違いが出てきました。

それぞれのオノマトペを次に示す4つのカテゴリーに分けてみました。

自発語：他者の働きかけは先行せずに、自ら他者に話しかけたもの

応答語：他者からの言語的働きかけに応答して発したもの

自己中心語：他者への働きかけや他者からの応答を期待せず発せられたもの

認定不能語：いずれか認定のできないもの

図から明らかなように、ダウン症児は自発語や応答語の割合が高く、オノマトペを他者とのコミュニケーションの媒体として使用していることが分かります。

通常の発達においては、オノマトペは1歳から2歳にかけて多発する傾向があります。この時期は言語発達の停滞期として位置づけられていて、語彙が増えていかない期間なのです。しかしながら、子どもの興味・関心は日増しに膨らみ、それに伴って自らの意図を他者に伝達しようとする意欲は高まっています。つまり、伝えたい意図や意欲はあるものの、それを伝える媒体を持たないと言った状態、このことをある研究者は「需給のアンバランス」と表現していますが、こうしたときにそのアンバランスを埋める手段としてオノマトペが使われるのだというのです。

ダウン症児に出現するオノマトペも恐らく同様な背景の基に生まれてきたのだらうと思います。ダウン症児のコミュニケーション指導を行う際には、こうした彼らの特性を尊重し、それらを有効に利用したコミュニケーション指導を展開すべき

であろうと思います。

3. ま と め

障害児の指導を考える時、とかく障害を個人の能力の問題だけに還元して考えてしまいがちですが、私は障害を「人」と「もの」と「自己」の関わりの中で捉える関係力動的な視点に立った指導が大切であると思うのです。こうした視点に立てば、障害を受容し、彼らの生活の自立や社会的な適応を図る指導の重要性が浮き彫りになってきます。適応性を重視するアプローチはもちろん発達障害の本態の改善にもつながるはずですし、障害の治療をめざすアプローチと適応性を重視するアプローチは画然と区別できるものではなく、相互に

影響する側面をもつことは確かです。ただ、これまでの障害児教育は、障害の治療や克服を目指す指導だけに重きが置かれてきたように思います。リハビリテーションという用語を辞書でひきますと、次のようなくだりがあります。すなわち、「リハビリテーションは障害の治療（改善）を含むが、むしろ潜在能力の開発増進による全体としてのQOL（人生の「質」）の向上をめざす」と書かれています。精神遅滞児や自閉症などの発達障害児の教育においても、潜在的能力を開発増進し、適応性を高める指導を通してQOLの向上を目指す教育が望まれていると思います。

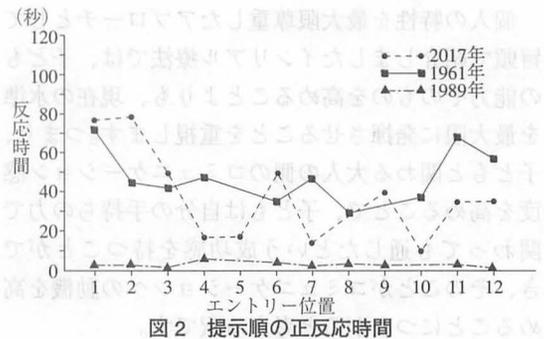
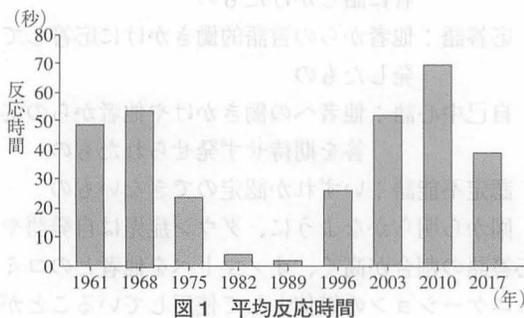


表1 T.S.の内省報告

A. カレンダーの法則性に関する知識	
<ul style="list-style-type: none"> ・ どうして曜日がいえるのか。 ・ カレンダーの形がおもしろいのか。 ・ 3月と同じ形になるのは。 ・ 他に同じ形になる月は。 (*は誤り) 	「カレンダーを見れば一目で分かる。たとえば1日が日曜日だとすると、8日、15日、22日が日曜日になる」 「形がおもしろい」 「2月、11月」 「1月・10月、1月*・4月・7月、2月・3月……8月*、9月・12月」
B. 閏年に関する知識	
<ul style="list-style-type: none"> ・ オリンピックのある年とない年では同じか。 ・ オリンピックのある年では何月が同じになるか。 ・ オリンピックは何年に一度か。 	「違う」 「1月・4月・7月、2月・8月、3月・11月」 「4年」
C. 連続する年では曜日が一つずれる法則に関する知識	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 来年(1990年)の11月11日は何曜日になるか。 ・ どのようにやったか。 ・ これは自分で気が付いたか。 	「日曜日」 「今年が土曜日だと来年は日曜日になる」 「自分で気が付いた」
D. 28年周期に関する知識	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 28年周期を知っているか。 	「知らない」
E. アルゴリズムに関する知識	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 1975年8月8日は何曜日。 ・ どうやったか。 ・ なぜ1983年から始めたのか。 ・ ぱっとでてくるのは他にあるか。 	「金曜日」 「1983年が月曜日だとすると、1979年が水曜日、1975年が金曜日になる。4年ずつ考えた」 「覚えている。1983年はぱっとでてくる」 「1981年から1989年」

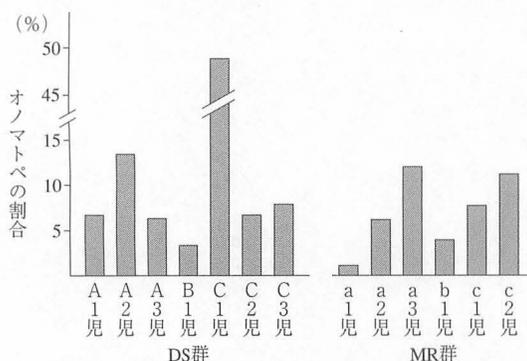


図3 全有意義語に占めるオノマトペの割合

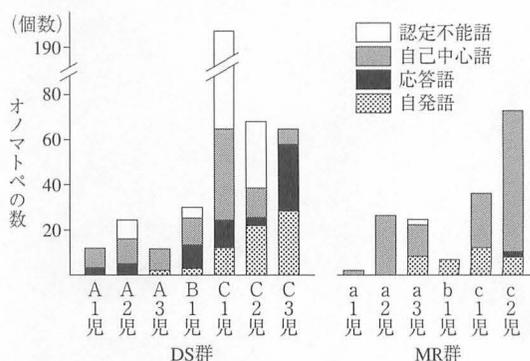


図4 オノマトペのコミュニケーション機能

知的障害者居住施設退所者の 現状と課題

山村 健

旭川荘 旭川学園長

知的障害者居住施設利用者の利用期間は長期にわたることが多い。総合的リハビリテーションの成果として、就労の場を得て社会自立の途を歩む人達への処理プログラムとバックアップ体制は年々整備されてきたと言えよう。しかし、現在全国的にみれば就労に伴って施設を退所する人達は、約

1%程度を推移している。

今回はここに焦点をあてて、

- 1) 日本、岡山県、旭川荘の現状とここ数年間の経過をみること。
- 2) このような現状をどのように考え、また今後どのような対応策をとろうと考えているのかについて、主として岡山県下の居住施設の施設長の意見を調査すること。
- 3) 居住施設利用者のこれからについて、特に地域生活への移行のルートとして、従来から開拓されてきた就労のルートに加えて、いわゆる福祉的就労のルートを積極的に開拓する必要性について述べたい。

分科会 A—3



神経筋難病の長期療養の問題点と課題 — ALS と筋ジズを中心に —

まとめ [座長] 寺尾 章

筋ジストロフィーにおける長期療養の問題点と課題

—呼吸不全在宅人工呼吸器治療の現状を中心として—

筋萎縮性側索硬化症 (ALS) のインフォームド・コンセントと QOL

ALS の長期療養と緩和ケア—

患者・家族の立場から

石原 傳幸

今井 尚志

難波 玲子

定金 司郎

表 筋ジストロフィーの内科的合併症

1. 呼吸筋筋力低下による去痰困難
2. 呼吸不全
3. 左心不全
4. 気胸
5. 出血性肺梗塞
6. 急性胃拡張
7. 尿路結石・感染
8. 嚥下障害

左心不全は治療に抵抗性で予後は悪い。呼吸不全は最近では人工呼吸治療が行われるようになり、治療成績は良好である。特に最近では在宅人工呼吸器治療が盛んに行われている。両親が健在であることから家庭での介護力も確保できて、在宅人工呼吸器治療に最も適した疾患ともいえよう。この点については最後に詳しく述べたい。

急性胃拡張は、稀ではなく発症し放置すれば数日で死亡するが、適切に治療すれば必ず救命できるという意味で重要である。症状は繰り返す嘔吐である。

気胸も人工呼吸器治療中によくみられるようになってきた。見つかったときにはすでに、長期間を経過していることが多いので胸腔にドレーンを留置する必要がある。

最近特に注目を集めているのが出血性肺梗塞である。血液凝固異常が見つかるようになり、大多数の症例が血栓形成準備状態にあることがわかってきた。

横隔膜や腹筋の筋力が低下するために、いきめなくなり尿が停滞して、結石を形成することも多い、尿路感染症も多く見られる。

嚥下障害はデュシェンヌ型では少ないが、福山型先天性筋ジストロフィーや筋筋強直性ジストロフィーでは深刻な問題となる。特に乳幼児期を生き延びることのできた福山型では嚥下障害が最後の合併症となることが少なくない。

2. 呼吸不全在宅人工呼吸器治療の現状の中心として

神経筋疾患の長期療養を実際に行う場合、呼吸不全対策を優先的に考える必要がある。医学的に

は、もちろん左心不全・嚥下困難なども重要な問題点であるが、今回は在宅人工呼吸器治療を中心に述べる。

筋ジストロフィーを含む神経筋疾患呼吸不全の在宅人工呼吸器治療は、医学的には安全に実施可能であるとの結論が得られつつある。現在、全国の国立療養所で90名以上の在宅患者をケアしている。この研究は現状での問題点を明らかにして、今後の在宅呼吸器治療の拡大をはかることを目的とする。

【対象と方法】

対象は当院で在宅呼吸器治療のケアしている患者28例（1例の重症筋無力症を含む筋ジストロフィー患者27例）。使用中の呼吸器は体外式人工呼吸器（CR）が8名、BiPAPが16名、PLV100が3名、LP6が1名である。これらの患者に郵送によるアンケート調査を行った。

なお当院の在宅CR群32名の平均生存期間は41.3カ月、NIPPV群21名では26.6カ月であるが両群間に有意差はない。

【結果と考察】

アンケート回答率は100%であった。気管切開は21名中5名（PLVの2名とCRの3名）。NIPPV施行中のBiPAP Sは全員が自己購入であった。BiPAP S/T、LP6、PLV100は全て当院または近医からのリースであった。BiPAP S/T群では病院に支払う指導料と機器貸出料を別にする約1万9千円/月の支出を要していた。PLV群（気切患者）ではこれが6万9千円であった。患者はこの他にメンテナンス料として年間20数万を払わなければならない。家族の経済的負担は大きかった。次の問題点は専門医療機関との結びつきが深く自宅近くの医療機関の確保ができていないことである。急変時の入院先確保は今後早急に行う必要があると考えた。訪問看護婦や保健婦などの社会資源の活用は不十分ではあるが行われているようである。患者家族の満足度は未だ低い現状であった。

医療機関の側にとっても在宅呼吸器治療は経済的魅力が以前より出てきたものの、公的機関であるために予算にしばられて呼吸器購入が自由ではないところに問題がある。

るために在宅人口呼吸療法中の患者及び家族の日常生活の満足度、につき聞き取り調査を行った。(対象と方法)在宅人工呼吸療法中のALS患者(男性6名,平均年齢56.8歳)とその介護者に①病名告知と人工呼吸器装着の経緯、②日常生活の満足度、につき聞き取り調査を行った。

対 象

	A	B	C	D	E	F
性別・年齢	男52歳	男61歳	男49歳	男54歳	男64歳	男61歳
罹病期間	5年	2年半	3年	3年	2年半	3年
呼吸器装着期間	2年3ヵ月	1年8ヵ月	10ヵ月	8ヵ月	8ヵ月	5ヵ月
主介護者	妻	妻	妻	妻	妻	妻

(結果)4名は病名告知と社会的側面の説明を受けた後、人工呼吸器を装着した。1名は病名未告知で人工呼吸器を装着した。患者の日常生活に対する満足度は“ほぼ満足”以上が3名であり、全員社会的側面の説明も受けていた。“何とも言えない”と答えた患者は2名であった。病名未告知で人工呼吸器を装着した1名は“非常に不満”と答えた。介護者は病名告知と社会的側面の説明も受けた4名のうち積極的に人工呼吸器装着を支持した2名が“非常に満足”、他の4名は“何とも言えない”と答えた。

病名告知に加え社会的側面の説明を受け、人工呼吸器の装着を自己決定した患者と介護者に満足度の高い人が多かったのは、社会的側面の説明が重要であることを示唆するものと思われる。患者と介護者で満足度が異なっている例が2家族存在したが、今後は早期から患者と介護者が同じ方向性を持って療養生活を決定していくことができるように配慮することが必要である。

人口呼吸器装着の経緯と満足度

	A	B	C	D	E	F
病名告知	有	有	有	有	有	有
社会的側面の説明	無	無	有	有	有	有
装着の機	医師の勧め	緊急処置	急激な呼吸困難	仕事継続のため	家族の勧め	本人と家族の希望
満足度(患者)	0	-3	0	0	2	3
満足度(家族)	0	0	0	0	3	3

4. 社会的側面の説明を含めたインフォームド・コンセント—遺族の立場から—

呼吸不全に陥ったとき延命処置を望まず人工呼吸器を装着せず死亡した患者の遺族に我々のインフォームド・コンセントをどのように受けとめたかを調査し、今後のインフォームド・コンセントのあり方について検討した。

対 象

当院で社会的側面の説明を加えたインフォームド・コンセントを行い、1994～1995年の2年間に呼吸不全に陥り、本人が延命を希望しなかった8遺族。

方 法

遺族に対しアンケートを郵送し、

- ①社会的側面の説明を加えたインフォームド・コンセントの内容の是非について
- ②患者が延命処置を希望しなかった理由

の2点について調査した。回収率は100%であった。

結 果

全例、どのような医療的処置を受けるか患者と家族で相談することができたと答え、患者の療養方針を決定する上で社会的側面の説明を含めたインフォームド・コンセントが患者・家族の療法に必要であると回答した。患者が人工呼吸器の装着を選択しなかった理由として、2遺族が経済的問題や介護力等の社会的側面の影響が大きいと答えた。

考 察

ALS患者のインフォームド・コンセントを考える場合、いたずらに患者・家族に不安を与えるのではなく、生活の質(QOL)を高めるために正しく自己決定できるように援助することが大切である。人工呼吸器装着後の患者・家族のQOLが問題にされ、ALS患者に人工呼吸器を付けるべきかどうか議論されることがある。在宅人工呼吸器療養中の患者・家族のQOLは、社会的側面を含めたインフォームド・コンセント後に人工呼吸器を装着した患者・家族では高く、そうでない患者・家族では低い傾向がみられ、少なくとも人工呼吸器の装着を選んだ患者・家族では社会的側面の説明を含めたインフォームド・コンセントの

未決定 4 例である。また今後の療養の場として、最後まで在宅継続希望 5 例、入院希望 4 例、不明 4 例である。入院希望の理由は、離婚などのため介護者が不在か家庭経済の問題である。

③長期入院中の患者（平成 8 年 8 月時点）：12 例（男性 7 例、女性 5 例）、平均経過年数 7 年 7 カ月（3 年 5 カ月～13 年 4 カ月）で、人工呼吸器装着 12 例、非装着 2 例と、装着例がほとんどを占め、1 例を除き全介助である。長期入院継続の理由は、患者の意志（在宅への不安）と家庭の介護力と経済上の問題である。

④人工呼吸器装着患者の比較：人工呼吸器を装着しての在宅療養は、全介助で、各種医療機器や処置が必要であり、また呼吸が確保されているため療養期間が長期となり、問題点が明らかになりやすい、そこで、患者自身の希望が強く在宅療養に至っている患者と、強く希望しながらも入院療養中の患者の比較を示す。

	Y. M. (36歳、女性)	I. T. (59歳、男性)
経過	25歳で発症 32歳、呼吸困難・全介助で入院 (7/92) 10/92、呼吸器装着入院継続中	54歳で発症 10/95、呼吸器装着全介助、食事は介助で経口摂取 1/96から在宅療養
家族	発症後離婚 実家に戻り高齢の両親 (70歳代) が介護していた	妻・次女と同居 長女夫婦が近くに居住し妻と 2 人の娘が交代で介護
経済	障害年金 親は自給程度の農業	建設業（経営）を指示 経済的余裕あり
現状	家庭への外泊を 2 年に行っている 障害者用パソコンを駆使し文通・随筆・読書や ALS 協会の活動を行っている	家庭医往診・訪問看護・保健婦訪問などを受け、元気で在宅療養を開始している
問題点	強い在宅希望あるも介護・経済状況から断念	合併症や家族の疲労→当院への一時入院やショートステイ

2. 長期療養上の問題点

以上から ALS の長期療養上の問題点を要約すると、①身体的問題として、全介助となり、コミュニケーションに大きな支障をきたし、経管栄養や人工呼吸器といった各種医療処置を要すること、②若年～壮年の患者も少なくなく家庭経済上の問題があること、③介護力が非常に大きくターミナルでは 24 時間介護となることなどが挙げられる。

近年、患者・家族の QOL の重視と医療経済の面から在宅療養へと施策が転換され医療福祉政策

も大きく変わりつあり、地域における在宅支援体制が整備されてきている。しかし、ALS の在宅療養には多くの問題点があり、現状では在宅療養の継続が困難な患者・家族は少なくない。

【ALS ケアの視点】

有効な治療がなく、症状は確実に進行し、しかも患者自身がこれを最も自覚し、人工呼吸器を着けなければ死に至る ALS の医療には、緩和ケアが重要である。WHO は緩和ケアを、「治療が不可能になった患者を、全人的にケアして生き生きとさせること。焦点は、痛みやその他の症状のコントロールだけではなく、心や魂の問題や、社会生活を営む上での問題のコントロールに置かれる。目標は、患者及び家族の QOL を最も良い状態にすることである。」と定義し、患者の苦痛を全人的痛みとして捉え、身体的、精神的、社会的、霊的苦痛を軽減するためのサポートが重要であるとしている。

ALS の緩和ケアを考える場合、①介護度が高くなった状態（人工呼吸器装着を含む）でのケアと、②呼吸不全に対し延命処置（人工呼吸器装着など）をしないで、死を見つめて生きる場合（狭義の緩和ケア）とに分けて対策を考慮する必要があると考える。すなわち、前者では患者・家族の QOL の維持・向上、後者では各種の苦痛を出来るだけ軽減し平安に死が迎えられるようにすることが主眼となる。

【当院での取り組みと問題点】

1. 介護度が高くなった状態でのケア

患者が在宅で生活がしやすく家族の介護負担を軽減し、患者・家族の QOL の維持のために以下のようなサポートを行っている。

①障害に応じた対策として、ADL の低下に対し、身体障害者手帳を速やかに申請し各種日常生活用具の交付を受けるようにし、嚥下障害に対し、食事の工夫や経管栄養を施行して。経管栄養に関しては、近年では経皮内視鏡的胃瘻造設術 (PEG) を施行している例が多い。スライドに示すようなチューブを挿入し、後胃ボタンに変更すると注入時のみチューブを接続すればよくなる。

経鼻栄養と PEG の比較をスライドに示すが、総合的には PEG の方がメリットが大きいと考えている。コミュニケーション障害に対しては、文字盤の利用、コミュニケーション・エイドを利用するよう勧める。

② PT (当院又は地域の) 訪問による家屋改造などのアドバイスを、平成 7 年から現在までに 6 例施行しており、半数の 3 例は人工呼吸器装着中である。改造場所は屋内の段差、屋外への出入口、浴室、トイレなどで、1 例では居住区が 2 階のため業務用のエレベーターを設置した。改造費用は助成金だけでは足りず、全例自己資金を必要とした。福祉機器もフルリクライニングの車椅子、電動ベッド、シャワー椅子、電動リフト、昇降機、意思伝達装置など多くのものを必要とし、給付対象になっていないため自己負担のものもある。人工呼吸器装着の場合は、これらに加え各種の医療機器や消耗品の負担が加わる。人工呼吸器本体は、在宅人工呼吸器管理料の保健診療点数の増額に伴い、平成 8 年 4 月から病院のレンタルとし、自己負担はない体制をとっている。主な各種機器の自己負担は、電動リフト約 35 万円、昇降機約 20 万円、吸引器 10~20 万円、人工呼吸器関連の備品が約 20 万円、消耗品はカテーテル類が月千~2 千円、人工呼吸器関連が月 3~4 万円であり、経済的負担はかなり大きく、また岡山県では助成金が 1~100 万円と市町村格差が大きく問題である。

③ 地域医療ケア体制の構築に向けて、まず保健婦に連絡をとりコーディネートをしてもらい、かかりつけ医の確保、訪問看護婦・ヘルパーの導入や、デイサービス、デイケアの活用などを奨めている。しかし、24 時間介護を必要とする患者・家族の場合、地域マンパワーはまだまだ不十分であり、今後、ボランティアも含めマンパワーの確保・充実が必要である。

④ 家族の介護疲れの解消のためのショートステイ、患者の状態のチェックのための短期入院や緊急時の入院を保障し、患者・家族が安心感を持てるようにしている。

2. 呼吸不全に対し延命処置をしないで死を見つめて生きることを選択した場合：ほとんどの患者に身体各所の痛み (動けないことによる)、不眠、

不安があり、これら身体的・精神的苦痛を軽減することを最優先としている。痛みに対しては強オピオイド系 (モルヒネ) を含む鎮痛剤の投与を、また呼吸不全の悪化の可能性があっても患者・家族の了解のうえ、不眠や不安に対して睡眠薬や抗不安薬の投与、呼吸困難に対しては酸素投与を行う (在宅酸素療法も施行)。入院中の場合は精神的サポートをしてもらうため家族の面会を極力勧めている。

しかし、死を見つめて生きるという非常に過酷な状況で入院生活を送る患者に対し、現在の一般病棟では、患者の精神的・霊的苦痛への対処ははなはだ不十分であり、また家族との安らぎの環境にも乏しい。癌患者の緩和ケア病棟やホスピスのような環境や、臨床心理士や宗教家の導入も必要と考えている。

【狭義の緩和ケアに関する国立療養所の現状】

狭義の緩和ケアに関して国立療養所神経内科協議会を通じ、今年行ったアンケート調査の一部を紹介し、現状と今後の課題を述べます。

1. 対象と方法

対象は 37 施設で、1994 年 1 月~1995 年 12 月の 2 年間に呼吸不全に陥った ALS 患者について調査し、31 施設より回答を得、うち 27 施設で当該患者を診療していた。患者総数は 149 名で人工呼吸器を装着せずに死亡した患者は 75 名でした。

2. 結果

① 呼吸困難への対処：

回答 23 施設中、体位の工夫は 91% とほとんどの施設が行っているが、酸素投与は CO₂ ナルコーシスを配慮してか約 3/4 に留まっており、もっと検討してよいのではないかと思われた。また Bi-PAP や胸押しをしている病院もあった。

② 痛みへの対処：

体位交換は 31 施設中 24 施設 (77%) が施行していた。また、25 施設で何らかの薬剤を使用しており、頻度の高い順に鎮痛薬 (21)、湿布 (19)、抗不安薬 (15)、抗うつ薬 (11) で、薬剤を使用していないところが 3 施設あった。

③ 鎮痛薬の選択：

鎮痛薬の種類に関しては、使用 21 施設で、非オ

ピオイド系は全施設で使用されているが、弱オピオイド、強オピオイド系は各々6、2施設と少ない状況であった。

癌の疼痛治療は、WHOの3段階方式が提唱されこの方法が普遍化し、患者の疼痛緩和に大きく寄与しQOLの向上に役立っているとされており、ALSにおいても採用してよいと考える。

④睡眠薬の使用：

使用するのが20施設（64%）、使用しない3施設（9.7%）で25施設は無回答であった。使用しないのは呼吸状態の悪化の危険性があるためと考えられた。

⑤精神的苦痛への対処：

回答のあった24施設中、家族との交流を増やす、車椅子への移動や散歩など行動範囲を広げる、薬物の投与、詩作などを奨めるが、各々23、21、15、11施設で、かなり取り組みがなされてはいるが十分とは言えないと考えられた。

⑥緩和ケア病棟の必要性：

緩和ケア病棟の必要性と今後これに関する共同研究への参加意志は、共に31施設中29施設とほとんどがありと回答した。

⑦緩和ケアに必要な職種：

緩和ケアに必要な職種を問う設問では、心理療法士24施設（77%）、看護婦の増員23施設（74%）、介護福祉士やボランティアの導入が各々17施設（55%）、16施設（56%）であった。なお、現実のボランティアを導入しているところは11施設（36%）あった。

3. 問題点と今後の方向性

アンケート結果から、苦痛の緩和の方法論が医師の裁量権に任されておりバラバラであることが明らかとなり、今後、終末期の患者の苦痛を取り除くための方法論の確立が必要と考えられた。

以上、当院での経験を踏まえALSの長期療養の現状と問題点、ALSにおける緩和ケアの必要性と今後の方向性について述べた。

ALSを含め各種神経難病、および様々な疾患において患者・家族のQOLを重視し、苦痛や苦悩を出来るだけ和らげ、尊厳をもった死が全うできるように医療、ケアが進展することを願うと同

時にそれへ向けて努力していきたい。



患者・家族の立場から

定金 司郎

日本ALS協会岡山支部事務局長

1. はじめに

ご存じのように日本ALS協会はALS患者・家族を中心に遺族・専門医師・一般ボランティア等による組織でありまして全国で約4,000人、岡山県では約150人の会員がいます。

私たちの会は1日も早いALSの原因究明、治療法の確立をめざすと共に、患者家族が安心して療養できる医療福祉体制の向上を目指しています。岡山支部もこの方針に沿って身近な県内で、より具体的な活動に取り組んでいるところであります。

私はこの岡山支部の事務局を担当しています。個人的には私も妻もALS患者で9年間の長期療養の末亡くなりました。

そこで、本日は患者をかかえた家族としての体験を踏まえ、日本ALS協会岡山支部という立場で、これから岡山県内の長期療養のALS患者の現状とその問題点や課題について述べさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

2. 岡山県に於ける長期療養のALS患者の現状（スライド）

まず長期療養の定義ですが、この病気の場合発症から平均的には約3年から5年で呼吸筋が停止し、死に至ると言われていますので、ここで長期療養とは5年以上の療養者とさせていただきます。

現在岡山県内のALS患者は約90名と推定しています。この内現在48名の方がALS協会へ入会されています。

私たちが把握している5年以上の長期療養者は16名ではないかと思ひます。

16名の内、入院療養者が13名、在宅療養者が3名です。

在宅療養者3名の中には非常に進行の遅い患者さんが2名おられます。

その2名を除いて他の患者さんは全員呼吸器を着けての全面介助の必要な患者さんです。

したがって16名の長期療養者の内14名が呼吸器を着けており、13名が入院、1名が自宅療養ということになります。

また、入院療養者の大部分は特殊疾患病棟のある1病院に集中しており(9名)、他の病院での5年以上の入院者は1病院で1名程度と把握しています。

また長期療養者の中には病院のお医者さんや看護婦さんの御配慮のもとで、家族が付き添ったり、ボランティアの支えで読書をしたり、特殊パソコンで短歌や随筆などの創作活動をしたりして質の高い療養をしている方もおられますが、中には命を長らえているだけの孤独で苦悩に満ちた療養生活を送っておられる方もございます。(スライド)

3. 長期療養の問題点とその背景 (スライド)

現在では、医療機器と科学の発達、それに人々の熱意により、ALS患者の呼吸筋が停止しても質の高い長期の療養をすることが可能となっています。

にもかかわらず人工呼吸器の装着を拒み、3～5年で亡くなっていく患者が大部分を占め呼吸器を着けての長期療養者が少ない、特に自宅での長期療養者が極く少ないということが岡山県での現状であり、問題点だと思います。

その理由あるいは背景として、

一つは患者家族にかかる経済的、肉体的、精神的な負担があまりにも大きいということです。

24時間全面介助の必要なこの病気は患者家族を絶望の淵に追いやり、患者さんはこれ以上家族に負担をかけてはならない、また天井を見つめたままの生活に生きる意義を失い、患者も家族も断腸の思いで死を選ぶ、選ばざるを得ない状況に追いやられるのではないかと思います。

岡山県内の特殊疾患病棟のベッド数も限界が来ています。これ以上の長期療養者の受け入れは難

しい状況ではないかと思われます。入院したくても受け入れてくれる病院がないことも長期療養ができない背景があります。

自宅で療養する場合、看護できる家族は一家の経済的な柱にならなければならない方や幼児をかかえている方、また高齢で思うように体が動かない方、さらには看護する家族をも倒れていくケースも見られ、家庭崩壊寸前の深刻な状況になっています。現状では自宅での長期療養は不可能だと思います。

次は療養の質の問題です。感覚・知識等頭脳の全く正常なこの病気の場合、ただ命を長らえるだけでは患者にとって正に生き地獄といえます。

入院できて看護婦さんは身辺処理の介助で手一杯の状況で精神的な介助にまでは手が届きません。

家族の付き添いやボランティアの支えでわずかながら救われている方もいますが、ただ生理的に生かされているだけの方も多いと思います。人間らしく療養ができる人手などの環境作りができていないといえます。

4. 長期療養の課題 (スライド)

患者家族はいつまでも人間らしく生き続けたいと切実に願っています。先にも述べましたように現在ではそれが可能となっています。

それを実現するためには医療と介護の整った療養の場をどう確保するかが、これからのALS患者が長期に生き甲斐を持って療養できるための大きな課題と考えます。

療養の場としては病院、施設、自宅が考えられます。

病院の場合、今の医療制度ではALS患者を受け入れたのでは病院経営が成り立たないからだと思います。特殊疾患療養病棟の設置基準や診療報酬の見直しをして、どこの病院でも呼吸器などの医療機器を十分に備え、病室も確保してALS患者を受け入れられるようにしていかなければなりません。

経済性を考えるなら病院と併設した施設を設けてもよいと思います。長期短期の生活療養のできる医療と介護の整った施設ができればと考えま

す。岡山県にも医療的に整った施設ではありませんが、私たちで他の障害者と共に入所している患者さんがおられます。周りの入所者やボランティアに支えられてパソコンを操作するなど充実した療養をされている患者さんもおられます。

自宅の場合ですが、とても家族だけで支えられるものではありません。病気が進行しそれが長期に渡った場合、経済的、肉体的、精神的、そして物理的にも生理的にも不可能であります。

自宅療養の場合は介護度に応じてヘルパー、訪問看護婦が派遣できる制度を設けると共に家庭事情に応じた経済的支援が必要です。

最初に述べた岡山県の自宅での長期療養者3名ですが、この内2名は進行が遅く、もう10年を越えています。まだ言葉も何とか話せ、車椅子を自力で操作して移動もできる状態です。もう1名の方は呼吸器を着けて全面介助ですが、この方の場合は経済的な余裕があり、また家族親族に恵まれローテーションを組んで介助に当たっておられます。

以上、長期療養に限らずALS患者にとって、医療と介護の整った療養の場を確保し充実させていくことが重要かつ緊急を要する課題だと思います。

私たちは決して、家族が楽をしたり、無条件に福祉を受けることを望んでいるわけではありませ

ん。患者と共に苦しみ悩み、生きる喜びを分かち合える家族でありたいと思っています。何と言っても家族が精一杯の努力をしていかなければならないと考えています。(スライド)

5. 終わりに

岡山支部といたしても、療養の場の確保と福祉について、先般も岡山県に陳情に参りましたが、財政難ということで聞き入れてはもらえませんでした。

残されたわずかな機能を使って心豊かに懸命に生き、その生き様が多くの人々に生きる勇気や感動を与えている患者さんもおられます。(スライド)

弱者優先の思想と、患者は決して社会の厄介者ではなく、私たちが今忘れがちな大切なものを呼び起こしてくれる社会の貢献者だという意識を持つことが、ALS患者が長期に質の高い療養ができる基盤になるような気がいたします。

これだけ豊かで贅沢な社会に、死の淵で悶えている人を救う力が無いはずがない。

ALSという病気と介護の深刻さを理解いただき、患者家族が安心して療養できますようお手力添えをいただきたいと思います。この病気の1日も早い原因究明と治療法の確立を祈りながら私の発表を終わります。

分科会 A—4



心身障害児・者の療育と福祉と社会参加

	まとめ	〔座長〕 江口壽榮夫
心身障害児・者の療育と発達障害の現状と今後の課題		江田伊勢松
	在宅訪問	難波 克雄
『土佐希望の家』創立26年の歴史と重症心身障害児施設の役割について		山崎 勲
社会参加・自立への努力を目標に		高原 正郎
福祉作業所の立場から		松永 博子
通園訓練している障害児者の親の立場から		中谷 正子
通園児の親の立場から		藤沢 宏子

域間格差の問題、療育の技術あるいはスタッフの専門性の問題等が山積している。しかしながら、乳幼児期に中枢神経系は急速なる発達を遂げること、仮に損傷を受けてもこの時期には脳の可塑性あるいは代償性の強いことなどが次第に明らかになっている現状では、より早期の質の高い診断、療育システムの整備が望まれる。

他方、発達障害そのものに目を向けると、厚生白書よりも読み取れるのだが、小児期の発達障害の内容が変化していることに我々は気づいておかねばならない。それは全ての発達障害のなかで乳幼児の視覚障害、あるいは聴覚障害の占める割合が減少していることである。特に、視覚障害児の減少は著しい。反して、知的障害、肢体不自由、重度心身障害児等は出生率の低下を考慮するとその発生率に大きな変化はないと思われる。これらのことは、我々のセンターの位置する西部島根地域の疫学調査よりも裏づけられる。さらに、西部地域では昭和60年頃より小児自閉症の急激な増加が認められる。加えて島根県の協力により県下全域の発達障害の実態をみた1980年代前半と1990年代前半の各2年間の発生状況疫学調査においても、小児自閉症は約4倍の発生頻度の増加を認めている。今後の療育あるいは障害児教育を進めていくためには、これらの発達障害の変化も我々はしっかり認識する必要があると考えられる。

結論として、望まれる療育とは発達障害児がいかなる地域に住んでいようとも、質の高い発達援助を即応的に、日常的に、かつ継続的に受けられるシステムを確立することであろう。また、結果として仮に障害という状態になっても地域の一員として、幸福に生活できる環境を整備することであろうと思う。

在宅訪問

難波 克雄

広島県立心身障害者コロニー
重症心身障害児施設わかば療育園園長

重症心身障害児施設が児童福祉に位置づけられて約30年が経過した。

現在では、国立療養所重症児病棟が80カ所8,080床、公・法人立重症児施設が79カ所8,016床となり公・法人立はいぜんとして漸増傾向にある。

また、重症児（者）のための通園制度も正式に認められ本年度中に31カ所に増える。

さらに、周産期医療等の充実とともに重度呼吸障害を伴う超重症児も問題化してきた。

37,000人と考えられる全国の重症児（者）の3割が入所、残りが在宅と言われている。

重症児施設も在宅者のニーズに積極的に応えることが重要になってきた。

平成6年夏に全国重症心身障害児（者）を守る会広島県支部が広島市の在宅重症児（者）を対象に入所施設に関するアンケートを実施した。在宅の約70%から回答を得た。

それによると、
日常生活上、介護に困難を感じている 90%
家庭が一番良い

思う 42% 思わない 47%
今から親と離れた生活を経験させたい

思う 35% 思わない 41%
ある年齢になれば親元離れて生活させたい

思う 34% 思わない 30%
親亡き後兄弟と暮らして欲しい

思う 5% 思わない 71%
短期入所の利用

ある 23% ない 64%
入所施設について90%前後が「交通至便で、地域の中核で、1対1の介護・毎日入浴、通所機能を併せ持つ」ことを希望している。

また、作業所のある・通所施設に通える・親も一緒に入れる入所施設、ショートステイのできる

療育内容の向上と共に、在宅児者に対する支援ケアにも、対処しなくてはならない時代であります。

今や施設は療育内容向上と共に在宅児者に対する支援ケアにも、対処しなくてはならない時代となりました。

こうした時代の中で、土佐希望の家では教育についても新しい取り組みを始めました。これ迄高知県での重症児教育は、入所中の児童は、施設に併設されている県立の養護学校に通学していますが、在宅児は県内に1ヶ所しかない県立養護学校の本校に通学するか、訪問学級です。しかし土佐希望の家には、養護学校の校舎は無く、土佐希望の家の一部建物を間借りし、教室として使用していました。一昨年高知県議会に対し、学校建築の請願を提出し採択されました。県の教育委員会は中々重い腰を上げようとしませんが、関係者の間では、校舎建築を契機に地域の在宅小中学生が、この学校に通学できるようにして欲しいとの運動を進めています。

この事によって、土佐希望の家には医療と福祉に、教育も加わることとなります。

幡多希望の家建設について

社会参加・自立への努力を目標に

高原 正郎

岡山県立早島養護学校教頭

学校教育は、一人一人が自分で活動し、社会へ参加し、自立し、生活していくことを援助（支援）するその「過程」であるといえる。つまり、生きる力の育成である。

教育基本法第一条（教育目的）には、以下のよう書かれている。

教育は、人格の完成をめざし、平和的な国家及び社会の形成者として、真理と正義を愛し、個人の価値をたっどび、勤労と責任を重んじ、自主的精神に充ちた心身ともに健康な国民の育成を期して行われなくてはならない。

一人一人が社会の一員として、社会の中で働き、生活していくことを目的にしている。たとえ障害

が重度で在宅となった場合であっても、地域に住み、それ自体社会参加であり自立であり「生きる力」を育てる学校教育といえる。

今、教育分野では対応しなければならないことが多くある。その一つに、在籍する子供達の「重度重複化・多様化」の問題である。養護学校の義務化による「全員就学」を前提とした教育が浸透し、地域や地元での教育が行われることが多くなってきた。それは、障害児のための学校や学級の増加、障害種別の学級の増加、通級指導教室の実施等からも伺える。この社会の変動に伴った「地域の学校へ」との教育の変化は、教育制度・施設設備などのハード面と、教育方法内容・指導力・専門性などのソフト面のさらなる意識改革や制度の改革が必要ではないだろうか。

これらの改革は、学校組織内でのことも多いが、最も身近で、早急な対応が求められていることに、「医療（病院、リハビリ・施設・センター等）」との連携協力がある。「教育・医療・福祉・保護者」とが一体となって総合的な関わりのもとに子供達の成長を支援する体制をさらに進めなければならないが、特に、「医療」との関わりは大切に、学校独自の考えだけでなく、障害児教育全体を見据えた行政的レベルでのリードも必要である。すでに、岡山養護学校のように「医療」との関わりが深く歴史を持っている学校においては、「旭川荘」という「医療・福祉」との多面的な連携協力が行われている。

— 連 携 協 力 —

=発作時=

- ・医療 (学校・保護者→医師)
- ・対処方法、予防予後、薬等の相談と教育 (医師→学校・保護者)

=自立歩行困難な場合=

- ・医療 (学校・保護者→医師)
- ・歩行練習の是非、注意事項等の相談と教育 (医師→学校・保護者)

=リハビリと養護・訓練=

- ・継続的な一貫した指導（連携）
- ・学校、家庭でできる内容と役割の確認

=社会参加・自立に向けて=

- ・教育、医療、福祉の分野からの専門的な指導助言（生活、就学先、進学先、社会にでてからの医療対応、リハビリ等）

しかし、組織の違いから時間的なずれの生じることが多く、連絡調整し、お互いの専門領域を重

ね合わせた形での連携協力が大切であると考えている。

今後、常時、「教育・医療・福祉」のサービスが受けられる総合的な障害児者教育センター（仮称）や定期的に各学校を専門家が巡回するようなシステムも考えられる。また、コンピューターによるネットワーク作りやインターネットの利用などまだまだ時代と共に広がっていく可能性は限りない。

小・中学校では、障害児学級は増加してきたが、同じ学校内では障害種別の学級になっていないことが多く、いろいろな障害のある子供達が在籍し、多様な教育を行っている現状がある。障害種別の養護学校でも同じような傾向であり、地域に根ざした学校としての総合的な養護学校の考えがある。確かに多様な教育の必要性はあるが、個に応じた満足な指導（教育ニーズ）ができるであろうか。何もかも対応できるオールマイティーの人材と施設設備はない。どんな教育が良いか検討する必要があるのではないだろうか。

学校教育の役割の中には、社会啓発や交流活動がある。小・中学校においては、道徳や特別活動等で盛んに行われるようになってきている。数年前までは敬遠されていた介護疑似体験（車椅子体験、アイマスクによる体験）などもそのひとつである。

障害児にとって、交流教育は、専門的な教育を受けながら、学級や学校では満たされない大切な経験を、他校の子供達や地域社会の人達とともに活動することの中で求めることができ、社会への参加・自立への努力としての意味は大きい。

また、小・中学校におけるこの心の教育（思いやりの心）が、子供達の大人への脱皮（大きな成長）には特に大切であり、もっと交流が深まっていくことを期待している。やがて子供達が社会の一員として活躍するときが来るからである。

国や県の施策でも、児童生徒作品展や心身障害児理解推進校における交流など、積極的に行われている。

学校での社会に出るための直接的な指導としては、個に応じた進路開拓・進路指導・職業適正指導等を行っている。これらもまた、医療・福祉・

保護者との連携のもとに進めなければならないと考えている。また、授業の中では生活単元学習・作業学習・遊びの指導・養護訓練等の領域があり、人格の発達や障害の克服軽減を図る目的で学習が行われており、間接的な指導としてさらに授業の工夫をし、積極的に取り入れていく努力をしなければならない。

いずれにしろ、一度しか通らない「個々のとき」を大切にしていきたいと私達は考えている。

1. 養護・訓練

学 習 内 容

〈目標〉

児童又は生徒の心身の障害の状態を改善し、又は克服するために必要な知識、技能、態度及び習慣を養い、もって心身の調和的発達の基盤を養う。

〈内容〉

- (1) 身体の健康（生活）
- (2) 心理的適応（心理）
- (3) 環境の認知（感覚）
- (4) 運動・動作（身体）
- (5) 意思の伝達（ことば）

2. 心身障害児理解推進

特殊教育語学校体験入学事業 社会自立総合推進事業
 盲聾養護学校紹介展 心身障害児童生徒作品展
 心身障害児理解推進校・協力校
 心身障害児交流活動地域推進研究校

【まえがき】

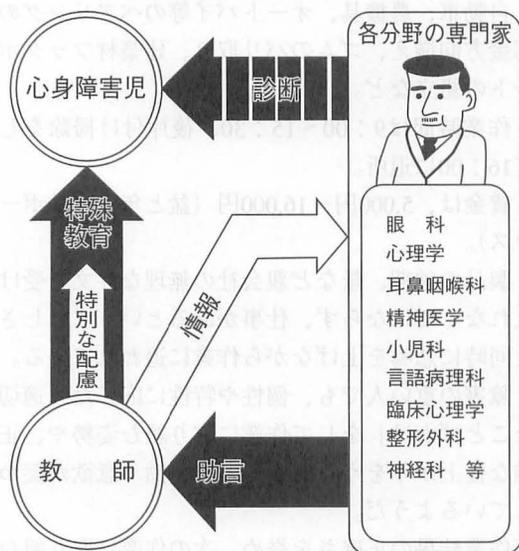
今日、心身に障害を持つ子供たちのために、その障害の状態及び能力・適正等に応ずる教育をより一層充実するとともに、これらの子供たちが可能な限り積極的に社会に参加していく態度を育成することが、特殊教育における重要な課題の一つとなっております。

心身に障害をもつ子供たちが、その障害に基づく種々の困難を克服して、強く生きようとする意欲を高め、積極的に社会に参加していくためには、この子供たちに対する一般社会の人々の理解と認識を深めることが何よりも大切なことと考えます。

とりわけ、小学校や中学校の一般の子供たちが、心身に障害をもつ子供たちに対する正しい理解と認識を深めることが肝要であります。先に告示されました特殊教育諸学校の学習指導要領におい

て、「児童又は生徒の経験を広め、社会性を養い、好ましい人間関係を育てるため、学校の教育活動全体を通じて、小学校の児童又は中学校の生徒及び地域社会の人々と活動を共にする機会を積極的に設けるようにすること。」と示すとともに、この学習指導要領の施行通達においては、小学校や中学校においても、「この趣旨を十分理解し、適切な教育活動が展開されるよう」に述べております。このような活動を通して、一般の子供たちと心身に障害を持つ子供たちが互いに暖かく接しあうことは、仲間意識をはぐくみ、また、人間尊重の精神の涵養にもつながるものと期待されます。

「心身障害児の理解のために」文部省より



【まえがき】

心身に障害のある子供たちが、その障害に基づく種々の困難を克服して強く生きようとする意欲を高め、積極的に社会に参加していくためには、適切な教育を行うとともに、一般社会の人たち、とりわけ小学校や中学校の一般の子供たちが、心身に障害のある子供たちに対する正しい理解と認識を深めることが肝要です。このことは、人間性豊かな児童生徒の育成を図る上にも重要なことです。

その意味で、小学校や中学校と盲学校、聾学校及び養護学校の子供たちが、お互いに、可能な限り活動を共にして、温かく接し合い、仲間意識をはぐくむ機会を積極的に設けることは、誠に意義

深いことと考えます。

文部省では、昭和54年度から、全国の小学校と中学校の中から、「心身障害児理解推進校」を指定し、これらの学校の子供たちと盲学校、聾学校及び養護学校の子供たちが、学校教育の一環として活動を共にするいわゆる交流教育を通じた心身障害児理解推進のための指導の在り方について、研究を委嘱してきました。

【交流教育の意義】

特殊教育の対象となっている心身障害児と心身に障害のない子供たちがが学校教育の一環として活動を共にすることを交流教育と呼んでいます。

心身障害児に対しては、その心身の障害の状態等に応じて、特別な配慮のもとに手厚い教育を行う必要があることはいうまでもありません。しかし、一方、心身障害児と心身に障害のない子供たちが活動を共にする機会を設けることは、心身障害児の経験を広め、社会性を養い、好ましい人間関係を育てるために有意義である点も見逃せません。

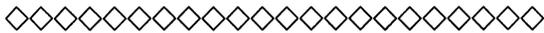
このため、文部省においては、特殊教育諸学校の学習指導要領に「……学校の教育活動全体を通じて小学校の児童又は中学校の生徒及び地域社会の人々と活動を共にする機会を積極的に設けるようにすること」と示すとともに、これに関連して各教育委員会等関係機関を通じて指導を行い、小学校や中学校においても様々な教育活動が展開できるよう、その推進に努力しています。

ところで、交流教育は心身障害児のみならず、心身に障害のない子供たちにとっても意義深い教育活動であるといえます。すまわち、交流教育は、自分たちと心身障害児の中に多くの共通点を見いだして、仲間意識をはぐくんだり、心身障害児の障害を克服する意欲にふれて、自分の生活の姿勢や学習の態度を反省したりする良い機会となります。また、心身障害児はもとより、幼い子供やお年寄りを含めて、自分たちの地域社会を構成しているすべての人々に対して、思いやりの気持ちを育てる活動の場でもあると考えられます。実際、交流教育を実践してきた小学校や中学校からは、交流教育が心身に障害のない子供たちの人間性の育成に意義深い教育活動であるという多くの報告

がなされています。

こうしたことから、心身障害児を含めたすべての子供たちの社会性を育成し、人間尊重の精神を養うために交流の機会を積極的に設け、交流教育をより一層進めていくことが望まれます。

「交流教育の実例Ⅲ」文部省より



福祉作業所の立場から

松永 博子

岡山市手をつなぐ育成会副会長

1. はじめに

昭和47年3月障害者の親たち（岡山市手をつなぐ育成会）が、「重い障害の人たちにも働く場」という願いをこめて始めた「仲よし作業所」は、養護学校卒業後の受け皿、また中途解雇者の働く場、すなわち生きがいの集いとして発足したが、現在では市内に3カ所の作業所を運営しております。

作業所の役割には、働く生活、仲間づくり、日常生活、就職のための訓練、工賃の受得、又親の会の拠点などで、親たちの熱意に支えられて作られました。

全日本育成会の調査資料によると昭和27年に開設された作業所が一番早く、昭和52年に国の通所援護事業の補助が開始され自治体からも補助金ができるようになり開設しやすくなったこともあって、年々増加の一途をたどり、本年5月現在で3,500余カ所となっている。

又、岡山県においても昭和56年度要綱を定め10名以上の障害者が参加する作業所への補助金制度がスタート、60年には補助対象が5名以上までに拡大され、今では県下に43カ所の作業所が作られている。作業所は障害の重い人達の地域生活を支えていく上で、かけがえのない存在となっている。

2. 作業所の現状

(1) 通所者

市内3カ所に45名（男19名、女26名）の人達が

通所している。

年齢は19歳～58歳までで平均32歳。（6～7年前までは26歳だった。このことは通所生が高齢化した）。

程度は重度18名、中度16名、重複11名となっている。保護者の負担はない。

通所は、ほとんどの人が電車、バス、徒歩での自主通所で作業所に通っており、社会のいろんな事を学び、人間関係をよくし、健康でリズムのある生活を送っている。

みんなと共に生き生きと作業に励んでいる。

(2) 作業内容

開設当初から一貫して下請作業です。

自動車、農機具、オートバイ等のベアリングの芯金方向揃え、ゴムのバリ取り、建築材フックボルトの組立など。

作業時間は9：00～15：30、後片付け掃除をして16：00に退所。

賃金は、5,000円～16,000円（盆と年末にはボーナス）。

製品の納期、量など親会社の無理な注文を受け入れなくてはならず、仕事があるといううれしさと同時に悲鳴を上げながら作業に追われている。

障害の重い人でも、個性や特性に応じた「適切なことばかけ」をして作業に取り組む姿勢や、正確な仕上がりをうながすことで、働く意欲が養われているようだ。

作業結果の正確さを誉め、次の作業に取り組む意欲を持たせる。

手の洗い方、お茶のくみ方、トイレの使い方、作業後の片付け、清掃時のほうき、モップの使用法、ごみの取り方、雑巾の使い方。

これらのことは、日頃家庭においてさせていない、経験不足のためにできないということが多く、指示待ちの姿が多く目につく。

(3) 運営について

実施主体—岡山市手をつなぐ育成会

補助金—岡山市より作業所に4.964万円で運営しています（10名以上週5日）

指導者—常勤指導者1名

非常勤指導者1名

支援ワーカー—作業所支援ワーカーを月2回必

要に応じて支援を求めることができる。

指導員の疾病、冠婚葬祭等緊急時のバックアップとして支援を求める。

専門的な立場から所生の個性特性に応じた指導がなされ、私たちにも得るところが多い。

作業所懇話会—県育成会の肝いりで小規模作業所懇話会を設けており情報交換、研修の場としている。

(4) その他

作業所がこの人達の生きがいの場であることから単なる作業の監督でなく、余暇をどうするか、年間行事をどう運営するか一週間をどう変化づけて楽しく過ごさせるか大切である。

○行事

春—お花見

夏—国民宿舎を利用した宿泊訓練

ピアガーデンでの慰労会

秋—バス旅行

冬—クリスマスポーリング大会

鏡開き、節分の豆まき

○教室

料理教室—カレー作り、ケーキを焼く

洋裁教室—ボタン付け、袋作り

スポーツ教室—フライディング・ディスク

行事に参加することで友情を深め、次の行事を楽しんで待ち、これを励みに毎日を送っている様子を見るとき、「予定のある暮らし」を作ることは、人間的な豊かさを獲得するうえで必要なことである。

3. 今後の課題

(1) 財政確保と運営の安定

次の2つの事があげられます。

○補助金のアップを行政へ要望していく

○次代を担う人の養成

若い育成会会員の参加が得られるように魅力ある作業所に。

補助金の不足から運営が困難なため法内施設への移行との意見もあるが、それはそれでよいこと

である。

法内施設に移行すると、今の制度の中では、いろいろな枠ができて又どこにもいかれない人ができる。出入り自由の小回りの利く作業所は必要である。

市からの補助金4,964万円は全国的に見ると中になる。法内施設である授産施設との差が大きすぎることは周知のことである。この人達の物心両面の豊かな生活を保つためにも強固なものにしていかなくてはならない。

私ども育成会としてもこうしたことを十分ふまえ、一層取り組まねばならない。

(2) 障害者の将来と生活支援

親なき後も地域の中で充実した生きがいのある生活ができるだろうか、不安である。

現状では家庭に支えがなくなったとき、施設入所もやむを得ない、施設入所が不相当というのではない、本人が望んでも地域で暮らすための支援体制が充分でない。

この人達の力の及びにくい部分を補うことで、より快適な社会生活が持続できるように、グループホーム、生活寮、ホームヘルパーの利用、自立のための訓練棟、公営住宅などをいろいろと用意する必要がある。

財産管理、つまり後見人制度などの体制づくりが急がれ、これらのことは親が元気な時にしておく親なき後の対策である。

4. おわりに

政府がだした「障害者プラン」には本人の人権を確立し、地域で暮らせる環境をと唱えている。

岡山市においても保健と福祉が一体となって在宅支援の為のサービスがなされようとしている。この人達にどのような福祉サービスが予定されるか、しっかりと注目し、その実現のため頑張らなければならない。

通園訓練している 障害児者の親の立場から

中谷 正子

旭川児童院通園センター保護者会会長

私の息子は今、25才で寝たきりです。生後1～2カ月頃、何となくおかしいと気づき総合病院で受診しました。そしてお気の毒ですがお宅の息子さんは脳性マヒですと診断され、目の前が真っ暗になりどんなにして家に帰ったのか今思い出してもわかりません。その日を境にして、家では針のむしろに坐らされているような毎日でした。そして、いつも息子と二人で死ぬことばかり考えていました。なんで私だけがこんなに不幸なのかと思う気持ちでずっと過ごしてきました。先生の勧めで訓練に通いましたが、私の落ち込みが激しかったのと、息子の発作が小さいのですが1日40～50回もあり、長くは続きませんでした。今から7年前の1990年1月から通園センターに通園するようになり息子が受けた医療・個別訓練・集団活動を通して成長していった過程をお話します。

まず、通園する前の経過についてです。脳性マヒといわれてから、どうして私だけがこんなに不幸なのかと思ひ悩む日が続きました。ためになると言われることは何でも試しました。医師の勧めで訓練にも通いましたが、途中で中断してしまいました。私自身も地域の人とのつながりも少なくなり、息子の体調に合わせた生活となりました。

また、息子には発作があり、総合病院から薬をもらっていました。本人はほとんど受診することはありませんでした。薬のためか、一日中ウトウトとして動きも少なく、体を丸めて横たわっていました。目覚めているときは左手でラジオを操作して聞いていました。

通園を始めてからは、変化のない毎日が少しずつ変化していきました。週3回通園することは、親も子も大変でした。いつもウトウトしていた状態を通園の医師に相談し薬の調整をしてもらいました。ウトウトとした状態が減少し、目覚めているときと眠っているときがハッキリと区別できる

ようになってきました。発作も少なくなりました。通園で行う集団活動にも活気が見られるようになりました。ラジオ以外の人や物に対してあまり興味を示すことがありませんでした。ラジオを手がかりとして自発的な動きがみられるように訓練を始めました。まず、体を丸めた姿勢から体を伸ばしていくという個別訓練を始めていただきました。それを集団活動にも生かしていただきました。訓練を開始して1年。息子は訓練を拒否し抵抗していました。いくら訓練をしても姿勢は改善されませんでした。私はいくら訓練をしても変化がないので「この子はもう良くならないのではないか」と目の前が真っ暗になりました。しかし、訓練の先生が「あせらず、ゆっくりがんばりましょう」と言って下さったので気分が楽になりました。

2年目、右手がマヒして動かないので、左手を脇に引き込む様な使い方が中心になりますが、手を使って活動をすることが増えました。また、自分で坐る・移動する等の変化がみられるようになりました。

3年目、音のでものに対して左手でハイハイして、取りに行きます。車椅子座位で体が前に倒れると体を起こすことができるようになりました。

4年目、車椅子に自分でもたれ、体を伸ばしてくつろげるようになりましたので、息子にあった車椅子を作ることにしました。訓練の成果で体を丸めることが少なくなり、手を使うときも体を伸ばしていることができるようになりました。

5年目、自分で動くときもあまり体を丸めずうまく支えに使っていくことを促して、横になったところから手をついて起きあがることや、介助するときも手を少し介助したら、自分で起きあがってくるような訓練をしてくださっているのです。左手中心の使用から右手を支えに使いながら左手を使っていくことができるようになりました。

現在では、マヒしていた右手でラジオを持つことができるようになりました。また、通園に行く日は大好きなラジオを自分から手放します。通園する日が理解できているようです。頭、手、体を使うときには全体的に伸びることが多く見られるようになり、車椅子座位では、ほとんど前に倒れ

隣のベッドにくすのき園の人がいて教えてもらったとか、親戚の中にくすのき園の職員がいたとか、福祉健康まつりのフリーマーケットに行った時にたまたまくすのき園のパンフレットがあったとか、そういう偶然のきっかけで入ってくる人がたくさんいたので、私が2年間知らなかったのも無理はないなと納得したのです。くすのき園に入って3年になりますが、この状況は変わっていないようです。早期療育を可能にするシステムというものはないのでしょうか。

私がくすのき園のことを知ったのは、上の子の3歳児検診の時に保健婦さんに話をしたのがきっかけです。でもその時の保健婦さんは障害児に関しては何も分からないということで、後で調べてお電話しますという返事でした。それで、1カ月後くらいに保健婦さんから電話があって、倉敷市中心身障害児者父母の会を教えてくださいました。そしてその会長さんから役員会があるから話をしに来ませんかとお誘いがあり、出かけていき、そこでくすのき園のことを知りました。

生後4カ月で障害がわかって以来、病院の小児科やりハビリには毎週通っていましたが、くすのき園のことは全く知らなかったのです。

くすのき園の人の中には、保健婦の訪問を受けてくすのき園のことを知ったという人や市の療育相談を受けて入園したという人もいます。私にとっては、保健婦さんというのは、市が実施している1才半、2才、3才児検診の時にそこにいる人というイメージしかなかったのですが、1度、保健婦さんと話をした時に聞いたところによると、赤ちゃんが生まれた家には一回は訪問するようにしています、とのことでした。私自身、上の子も下の子も訪問を受けたことはないし、他の人もほとんど訪問は受けていないようです。中には、保健婦さんが熱心にいろいろと教えてくれてくすのき園に入った人もいますが、そういう人も担当が変わると全く来なくなったということで、地域によっても、そして担当の人によっても、保健婦さんの活動内容は大きく違うようです。

市の1歳半、2歳児の検診は、上の子の時に経験して、康平には必要ないと思って行っていません。でも市の方からは何の連絡もないのでそのま

まです。検診の案内は全員の子供に対してくるのですから、市の検診をもう少し生かすことは出来ないものかと思います。検診に来ない人をどう扱うとか、障害児への対応について全部の保健婦さんが知っているなど、保健婦さんの存在をもっとアピールして、障害児を抱えてどう育てていけばよいか悩んでいる時期のお母さんをしっかり支えていってあげてほしいと思います。

それから検診の他に、市が実施しているものの一つに療育相談があります。私も、広報紙で療育相談というのは目にしていましたが、その時は療育という言葉自体になじみがなく、たぶん私も行けばいいのだろうなあと思いながらも、一人では子供を連れて移動することができなかつたし、家族も皆仕事をしていたので、病院以外のことではなかなか外出がむずかしく、結局利用できないでいました。重度の子を抱えていると、どうしても受け身的になってしまい、積極的に情報を求めて行動することが出来ません。でも、どんなに重度の子でも障害のある子はすべて病院とのつながりはあるわけですから、病院で育児の支援なり、情報の提供をしていただけたらと思います。お医者さんは、病状を改善させるなどの治療が第一なのが当然ですが、障害がわかった時期のお母さんにとっては、私もそうでしたが、お医者さんやりハビリの先生の言葉が情報の全てですので、そういう時期に是非適切なアドバイス——例えば、状態が落ち着いたらこういう施設があるから通園を考えてみましょうとか、こういう親の会があるから話をしに行ってみては、というような情報を与えて欲しいのです。病院にはケースワーカーという方がおられるということも、つい最近知りました。どういうことをする人なのか、詳しくは今でもよくわかりませんが、いろいろ相談事につけてくれる人らしいので、ケースワーカーに早くに接していれば、私の暗かった2年間も少しは違ったかなあと今になって思います。

病院と福祉施設、そして保健婦さんの活動がうまくつながってネットワークのようなものができ、全ての障害児の早期療育が可能になることを心から願っています。

次に、これからのことで、一番大きな関心事は、

就学の問題です。私がくすのき園に入った直後に、肢体不自由養護学校の設立を求めているいろいろな活動が始まって、その活動に参加しているうちに、それまで康平には考えもしなかった学校という問題について考えざるを得なくなりました。普通の健常児にとっては、就学というのは親にとっても子供にとっても、ただただうれしいことです。でも、障害のある子供を持つ親にとっては、就学時検診はどうすればいいのかとか、二次検診や就学指導委員会とはどんなものなのだろうとか、希望する学校に行けるのかどうかなど、不安な気持ちを持ちながら、新年度直前まで落ち着かない時間を過ごします。就学指導委員会の決定と親の意向が一致すれば問題はないのですが、異なった場合は行き先の決まらない、ほんとに不安な時間が続きます。就学指導委員会の仕組みや、何を基準に判断がなされるかなどについて私は詳しくは知りませんが、「その時点での主たる障害は何か。」ということが判断の根拠の一つであると聞いたことがあります。主たる障害といっても、肢体不自由と知的障害が重複している場合など、どちらを主たる障害ととらえるのか、納得できる答えがあるのかどうか疑問に思います。今までの状況をみると、主たる障害というよりも、一歩でも歩けるかどうかということが大きなポイントになっているように思います。私たちが就学指導に希望することは、現時点での障害の状態で学校を決めるのではなく、その子供の将来の全体的な発達を考えて決めて欲しいということです。もちろん、就学指導にあたっては、その子の将来を考えて下さっているとは思いますが、現在の状態だけを見て、将来のことを判断するのはとても難しいのではないのでしょうか。将来のことを考える時には、それまでの子供の発達の過程をよく知っていないと、正しい判断は出来ないと思います。そういう意味では、その子供の発達の過程を一番よく知っているのは親です。ですから、保護者の意向は尊重されるべきですし、実際、ほとんどの場合保護者の希望が通ってきたと思います。でも、保護者の希望が通ってきたと言っても、いつでも簡単に通ってきたわけではなく、就学指導委員会の判断と親の意向が違っていた場合には、最終的な決定までに

はかなりの時間がかかり、希望通りには行かないかも知れないと思いながらとても不安な時間を過ごすこととなります。このようなことは、私がくすのき園に入ってから毎年繰り返されているように思います。もう少しスムーズにいかないのでしょうか。

就学指導にあたって、保護者との間で話し合いが重ねられる中に、ぜひその子供の通園している施設の担当の職員とか、病院のリハビリの先生とか、小児科の主治医といった、その子供の過去をよく知っている専門職の方々の意見を聞く機会を設けて欲しいと思います。保護者の意向が尊重されるべきだとはいつても、それが必ずしも正しいとはいえません。ですから、対象の子供のそれまでをよく知っている専門職の方が就学指導の場に来てくだされば、親も納得のいく話し合いが少しはスムーズに行くのではないのでしょうか。

私の子供も後1年で就学の年を迎えます。普通なら楽しみに待つはずのものですが、私は今から大変不安に感じています。私がくすのき園に入った直後から、肢体不自由養護学校の設立を求めて署名を集めたり、県や市に陳情に行ったり、他県の学校を見学に行ったりという活動が始まり、その結果、既存の早鳥養護学校に併設という形で、平成8年度に肢体不自由部が開校しました。それまで、訪問教育という形でしか教育を受けられなかった重度の障害児が、毎日学校に通って多くの刺激を受けながら教育が受けられることになり、「私達の学校ができた。」という思いで、とても喜んでいました。

しかし、9月に早鳥養護学校を見学に行った時に、あと数名しか受け入れる余裕がないとか、重度の子供は対象ではないという説明を受け、私は大きなショックを受けました。それでは、うちの子は果たして学校に行けるのだろうかとか、それ以来ずっと不安な気持ちでいます。やっとできた私達の学校ですが、決して私達の学校ではないのだという印象を強く持ちました。

医療の発達は、一方で障害の重度化傾向を生み出していると思います。くすのき園でも、入園児の障害は明らかに重度になってきています。それなのに、学校や法律や制度などは変わらず、重度

の子はダメ、というのはおかしいのではないかと思います。最近では、ノーマライゼーションの風潮によって、普通学級にも重度の障害児が入ってきて、学校など教育現場では今までに無かったことなのでとても戸惑っていることと思います。でも、いつまでも戸惑っているのは、重度障害児の存在を否定することになるのではないのでしょうか。手すりやスロープをつけるとか、洋式トイレをつくる、介助員を付けるなどの少しの配慮があれば、通学が可能になる障害児の幅がぐんと広がります。

重症児については、医療行為と学校現場との関わりが大きな問題となります。学校では医療行為は行わないという大前提があって、それゆえに経管栄養の子供や導尿、吸引の必要な子供は、最初から単独での通学の対象からはずされています。けれども、他の県の、ある養護学校ではそれらを医療行為として捉えるのではなく、生活介助としてとらえて教員が行っています。勿論、教員が行うにあたっては、医療機関や養護教育センターのような所で事前に研修を受けるシステムになっています。実際には、このような学校はまだごく少数で、さまざまな議論があるのも事実だということですが、それでも、この学校が全国から注目されているのは時代の要請として、学校で行い得る医療行為について考えるべき時がきているということではないでしょうか。

つい最近の動きで、訪問教育を高等部にも設けて欲しいということで署名を添えて陳情されました。これも、医療行為の問題と同じことで、法律とか制度とかで認められていないからダメだということでは、もうすまされない時に来ているということだと思います。重度の子供でも希望する教育が受けられるように。まず子供があって、それに合わせて学校があって欲しいと思います。今は、まず学校があって、それに合わない子供はダメだといわれているような気がします。学校という器からこぼれ出た子供はいけませんよというのではなく、子供達が一人でもこぼれ出ないような器として学校があるように、そういう姿勢で考えていって欲しいと思います。

もう一点、私達が就学指導に際して希望するこ

とは、肢体不自由養護学校ができたために、歩けない子はすべて早鳥養護学校へと判断されないようにということです。私達が肢体不自由養護学校の設立を求めてきたのは障害児の学校選択の幅を広げるためであって、歩けない子はすべて肢体不自由養護学校に行くというためではありません。普通学級で学ぶ子、特殊学級で学ぶ子、肢体不自由児学級で学ぶ子、精薄養護学校で学ぶ子、肢体不自由養護学校で学ぶ子、そして訪問教育を受ける子というようにそのどれでもが、子供の障害の種類や程度、将来のことを考えて一番望ましいと思える教育の場が自由に選択できるようになること、それが私達の最も願うところです。現在、歩けない子でも、今挙げた全ての教育の場に少なくとも一人は在籍していますが、その門戸は決して広いものではありません。特に重度の障害児となると、普通の学校に入るとニュースになるくらいですし、私達に最も近いはずの早鳥養護学校の肢体不自由部も先程お話ししたように、広く門戸が開かれているわけではありません。

早鳥養護学校肢体不自由部は、既存の施設に併設ということもあって、建物自体がそんなに大きなものではないので、受け入れる限度があるということはわかります。ただ、開校するにあたっては、5年間くらいの見通しを持っておくべきだったということは強く思います。平成8年度の開校の時でさえ、子供の数の把握が直前まで出来なかったということですが、どうして出来ないのか不思議です。身体障害者手帳や特別児童扶養手当などを交付したり受給したりしているのは県なので、福祉制度の対象者ということによって把握することができないのでしょうか。最初に申しあげました、早期療育のシステムにも関係して、子供をとりまく様々な機関がうまく連携して、横のつながりがもとできれば、改善される点がたくさんあるように感じます。

早鳥養護学校でもう受け入れる余裕が無いというのは困りますが、私は学校の規模としては、既存の学校に併設された少人数のものでいいと思っています。一番理想的なのは、普通の学校に併設された養護学校がたくさん出来ることです。そうすれば、遠くの学校まで通わなくてすみ、通学で

きる子供が増えることになり、交流もしやすくなって、地域の中で過ごすというノーマライゼーションの理念にもかなうのではないのでしょうか。

子供の、最も近い将来として、学校の問題についてお話しましたが、次は学校卒業後のことです。私の子供にとってはまだまだ先のことですが、現在の状況を知ると、今のままではとても子供がかわいそうに思い、私はすぐに「ますかつの会」という会の活動に参加しました。「ますかつの会」では、学校卒業後の重度重複障害者が生き甲斐ある毎日を過ごすために、生活の場としての通所施設の設置を求めて行政機関に働きかけたり、定期的に集まって療育をしたりしています。働く場としての作業所や授産施設は各地にあります。そういう所に行けない重度の人にとっては、働く場としてではなく、毎日出かけて行って仲間と共に過ごすという生活の場としての通所施設が必要なのです。学校の問題と同じように、これからは、重度の障害者への対応を考えていくべき時代であると思います。

次に、現在の思いですが、康平には、2歳上の姉がいると一番最初に言いましたが、このお姉ちゃんとお過ごす時間をもっと持ってやりたいと最近強く思っています。今までは、おじいちゃんやおばあちゃん、お父さんがよく相手をしてくれて、お姉ちゃんもそれで良かったらしいと私が勝手に思っているだけかもしれませんが、とにかく私にとっては、康平のことが何よりも先で、お姉ちゃんのことは他の家族に任せていると言うところがたくさんありました。でも、やっと少しずつ康平のことが楽になってきて、お姉ちゃんとの時間も少しずつ持てるようになってくると、娘自身、母親である私を求めようようになってきたというか、今まで押さえていたものが無意識のうちにでてきているような、そんな面が感じられるようになってきました。娘にとっては、1歳9カ月の時に康平が生まれましたので、物心付いた時からずっと、そして今も尚、お母さんはいつも康ちゃんを抱っこしているということになります。今改めてかわいそうなお姉ちゃんだと思っているこの頃です。最近、民間のヘルパーさんを利用して、習い事

につきあったり、参観日に行ったりしていますが、お姉ちゃんが十分満足出来る時間はまだ取れません。旭川荘の短期入所の登録はしていますが、距離的に遠いのでいざという時の安心にはなっていますが、気軽に利用できるものではなく、今回この発表のために初めて預けてみえています。これを機会に、利用の回数を増やして、娘との時間をつくったり、私自身の時間を作ることも考えていきたいと思っています。思っています。思っています。1時間かけて連れて行って、また1時間かけて迎えに行くということを考えると、預けてまでは……という気持ちになるかも知れません。もっと近くにちょっとだけ預けられる所があれば、本当にいいなと思います。くすのき園のお母さんの間でも、他の兄弟姉妹と関われる時間ももっとほしいという話はよく出ます。市のヘルパーを頼もうと連絡を取ってみた人もいますが、市の方では、高齢者へのヘルパー派遣で手一杯だし、定期的な派遣しか行わないという返事だったそうです。くすのき園は、母子通園施設ですので、原則的には、子供を預けて親が外に出かけることは出来ません。ただ、郵便局や銀行、手続きで市役所に行ったり、学校のことなどで活動するといった場合には、園の方でも便宜を図ってくれます。園としても、お母さんを少しでも楽にしてあげようと考えて下さっているようですが、なかなかむずかしいようで、具体的な話は出てきません。障害児の子育ては、やはり母親の手に掛かっていることがほとんどで、その次に家族の協力が勿論ありますが、これからは、さらにその次に障害児や障害者の在宅を支える公的な手段をもっともっと充実させることが必要だと思います。これも学校と同じように、大きな施設が一つあるというのではなく、小規模のものが数多くあるというのが理想的だと思います。

以上、言いたいことはほとんど言わせていただきました。行政に関して全く素人の私達が、日頃の療育の合間に、おしゃべりし合っている中でいつも話題になる素朴な疑問を、お母さん方を代表してお話しさせていただきました。最初に申しましたように、それは違うよ、という部分が必ずあると思いますので、また教えていただきたいと思っています。

最後に、もう一つだけ、わが子に障害があるとわかった時に、ほとんどの親がするように、私も障害児に関する本をいろいろ読んだのですが、その中で、康平を今まで育ててきた、そしてこれからも育てていくのに、とても心の支えになっている言葉があるので、それを紹介して、私の発表を終わりたいと思います。

「さまざまな条件のもとで人はそれぞれに生きている。それらを調和あるものに結びつける要諦は『愛』である。したがって、『愛』ある人生を深く生きる人が増えれば増えるほどに、人間社会は一層美しく、光輝く。ハンディキャップを負っている子ら、この人達はそのような人間社会を創るために、この世に生を享けたのだと私は思っている。」

これは、伊藤隆二著「福祉の心と教育」という本の中に書かれていた言葉で、この人は他に、「この子らは世の光なり」という本も書かれているのですが、ああ、そういう意味でこの子達は世

の光なのか、つまりこの子達は、やさしい人間社会を創るために存在しているのだと納得したのです。いつもこういう気持ちで、穏やかに子育てをしているわけではありませんが、時々この言葉を思い出すと、康平を含めて障害を持って生まれた子供達が、とても尊い存在のように思えてくるのです。それで、また心を入れかえて頑張ろうと、幾度となく思ってきたわけです。

少なくとも、今日ここに集まって下さっている方々は、「愛」ある人生を深く生きている人々であり、優しい人間社会、美しく光輝く人間社会を創っていく人々だと思います。そういう人々がもっともっと増えていくように、私は親としてできること、親だからこそ出来ること、親にしか出来ないことをこれからもしていきたいと思っています。今日、発言の機会を与えて下さったことを心から感謝しています。どうもありがとうございました。

分科会 A—5



視・聴覚障害者（児）のコミュニケーションと地域リハビリテーション

1. コミュニケーション

まとめ [座長] 梁島 謙次

視聴覚障害者用コミュニケーション支援機器 太田 茂

視覚障害者用コンピュータシステムと当社の関係 宇賀 喜彦

2. 地域リハビリテーション

まとめ [座長] 藤井 聰尚

広島県広島市における中途視覚障害者支援組織

『視覚障害者の自立をすすめる会』の活動について 佐々木健二

聴覚障害者（児）のケア・システムの必要性 須々木近子

地域療育システムに果たす当園の役割 福田章一郎

1. コミュニケーション

ま と め

座長 梁島 謙次

国立身体障害者リハビリテーションセンター

原稿未着



視聴覚障害者用 コミュニケーション支援機器

太田 茂

川崎医療福祉大学教授

目や耳の機能を完全に代行する機器は存在しないが、残された感覚を有効に利用するための機器は存在する。以下、それらの機器について述べる。

1. 視覚障害者用支援機器：視覚障害者に文字情報を提供するためには拡大したり音声や点字に変換する必要があるが、コンピュータが扱う電子化された文字情報（電子文字）は普通文字（墨字）だけでなく拡大文字や点字の形で印刷でき、さらに音声化したり電話線を介して伝送できるので、全ての情報を電子文字の形で保管しておけば、障害者の要望に応じて多様な場所で多様な形で出力できる。例えば、音声合成装置は電子文字を人間のように朗読する。また、点字プリンタは高速かつ正確に点字文書を作成し、点字ディスプレイは刻々変化する情報をリアルタイムで伝える。なお、電子文字の入力にはキーボード打鍵または文字認識装置を用いるが、盲人用読書機は文字認識装置と音声合成装置を連結した製品であり、印刷物の記述内容を読み上げてくれる。また、テレビカメラとモニタからなる文字拡大装置にも最近では行間の空白部分を検知して行送りするマイコン搭載の賢い機種が登場している。

2. 聴覚障害者用支援機器：多くの聴覚障害者が話し言葉を書き言葉に変換する機器に期待を寄せているが、現存する音声認識装置は、単語単位

の発声、それも登録した特定話者・特定単語に限って識別可能であり、全ての会話を文字化する魔法の機械ではない。したがって、聴覚障害者の電話利用については、TDD（Telecommunication Device for Deaf）と呼ばれているキーボードとディスプレイが付いた電話機（文字電話機と呼ぶ人あり）を用いての文字による会話が望ましい。米国連邦政府の各省庁にはTDD利用者と一般電話の利用者とを中継する専用交換手を置くことが義務付けられているが、そのような規定が無い日本では、パソコン通信などの文字通信手段とFAXや手書き文字伝送機器などを併用することになる。なお、筆者は聾学校の授業には文字会話装置の利用が最善と考えており、十年程前にULACS-K（Ultra Local Area Conversation System with Keyboard）を開発した。

また、テレビの字幕付番組の増加は聴覚障害者の情報摂取を容易にする。米国では以前から殆どの番組に字幕が付けられていたが、テレビ受像機にデコーダ（字幕を表示するための電子回路）内蔵を義務付ける字幕デコーダ法が1993年に制定されたため、字幕付番組自体が珍しい日本との較差は拡大する一方である。なお、前述したULACS-Kは字幕生成をリアルタイムで行う場面でも利用されている。

3. 盲聾者用支援機器：点字ディスプレイを接続したパソコンがあれば、盲聾者はキーボードによって情報を発信し、点字によって情報を受信することができる。パソコン通信も利用可能である。



視覚障害者用コンピュータ システムと当社の関係

宇賀 喜彦

(株)高知システム開発営業課長

当社は、昭和58年に高知県立盲学校教諭、北川紀幸、有光勲の両先生の依頼により視覚障害者のためのワープロシステムの開発に着手しました。当時は満足のいく視覚障害者用ワープロは存在せず、早急に一般晴眼者と同等に利用できる視覚障

行っております。

2つめの訓練活動においては、専門の訓練士が日常生活動作の訓練。衣服の着脱であるとか、食事であるとかと言ったものを行い、さらに戸外における単独歩行訓練、点字の習得訓練などを行っております。

3つめのセミナー、学習活動ですが、これは広島県や広島市内の様々な地域に出かけて行って中途失明者の掘起こしとか、福祉行政の基礎知識あるいは、手引き歩行や白杖の使い方の紹介、基礎訓練等を行っています。そして、毎回最後の時間には日々の屈折した思いのたけをはらしたり、情報の交換をしています。また、春、秋には行楽もしています。

しかし、こういった活動の中にも色々な問題があります。

1つめには、全てボランティアで行っているので、時間を取ることが難しく、個人の訪問をしたり、遠方に行ったりすることができず、なかなか思うような活動ができない。

2つめには、経済的に厳しく、活動が発展すればするほど経費がかさむので、年間予算を大幅に上回るような活動になっています。現在のところ繰越金をどうにか食い潰しているところです。ですから今日ここに来る旅費を頂けたことは、とても幸せでした。

3つめは、訓練士は5人いて、職場で訓練指導をしているが、実際に中途失明者を対象に訓練している訓練士は1人ないし2人だけということです。そのため要求に応えきれない、細かい対応ができにくい、ということが一番大きな問題となっています。

以上のような中でもそれなりの成果はあり、症例を2つ紹介します。

1つめは、20代半ばの女性です。この方は事故により失明しました。入院中に看護婦さんから自立をすすめる会の紹介を受け、すぐ訓練士が対応し、基礎的な訓練や、将来の生活設計等の相談をして、現在は大阪のライトハウスにおり、生活訓練や歩行訓練や点字の訓練をしています。来年には職業訓練として電話交換手の訓練を受ける予定となっています。失明して約3カ月で立ち直っ

ています。

2つめは、30代半ばの女性です。失明の原因は網膜変成性です。これは進行性の病気で、現在昼間は何とか単独歩行ができ、拡大文字なら見えるといった程度の視力です。この方は、最初に受診した眼科では失明宣告だけで、後何の手だてもなく放り出されたという格好になりました。福祉事務所におきましても、生活上の相談や、今後の相談等ができる状況になく、3年間苦悩の日々を過ごしました。たまたま広島市の県立病院の眼科を受診した際、そこの先生から自立をすすめる会のことを知らされすぐに相談をされ、元気に生活している中途視覚障害者の先輩方から話を聞いたり、年金の手続きをしたり、今後の生活設計等を考えて、現在理学療法士の資格を取る準備をしています。

この2つの症例で分かることは、対応が早ければ早いほど立ち直りが早いということです。どちらも病院で失明宣告を受けたわけですが、一方は、すぐに看護婦さんから情報入手できた。もう一方は、何の情報も入手できず長い時間苦しんだわけです。できれば眼科の先生が、もうこれ以上治療して無駄だと思ったときに訓練士やケースワーカーといった方々と本人を交えて将来どうすべきかといったことから生活訓練を含めた相談、ケアをしていけば苦悩の日々も少なくなるのではないかと思うのです。

次に行政に対する私達の考え方です。

私達の活動は本来行政が行うものだと考えています。なぜなら、人の一生を左右する問題でもありますし、専門的な知識や技術を持った人材を必要とするものだからです。仕事の片手間にできることではないと思うからです。私もこの会の運営を専業としてやっていきたいと思っているくらいです。中途失明者が、できるだけ苦しまないで不安なく将来を見据えて生きて行けるための法的な制度や設備を、一日も早く作るべきだと考えています。例えば、治療を必要としなくなった地点で病院内での基礎的な訓練を行いつつ、訓練士、ケースワーカー、福祉事務所、社会福祉協議会などと連携を取り、本人の自立を促すといった制度とか、新しい設備としましては、例えばライトハウ

がありますが、⑪に手話通訳者の方々に必要に応じて対応してもらえないという不満が述べられています。それは市への手続き上のこと、人間関係のこと、内容についての理解のむずかしさなどがあげられます。

現在の社会では日常的なことのようですが、④で訴えている訪問販売、勧誘員への対応は非常に困っているようです。また、住宅ローン、買い物のローンなどいろいろローン契約をする場合の内容の説明や手続きのこと、支払いのことなど、相談事例の中にも挙げておりますがどうしても援助、助言の必要な項目だと考えます。

OHP 2 の聴覚障害者・児と健聴者が同居している家庭の場合は、健聴者が小さい子供であっても一家のキーパーソンや通訳者の役割を果たしていますが、十分理解できないことも多く、1. の項目で挙げたケアは基本的なこととしてここでも必要でありさらに、⑩の嫁と姑、親子、兄弟間の世代の差による感情的な軋轢、⑬⑭⑮にみられるような教育、家庭内の躰という面での悩みや不安があります。相談事例を参考にして下さい。解決の方法として手話の出来る人が話し合いの仲介をする必要がありますが、それには、双方の信頼関係が最大の問題になってきます。また、教育についても子供の実態や学習内容、家庭の状況を理解した上での通訳が大切です。手話ができて教育相談が受けられる人、また家庭への援助について相談が受けられる人材を公共の機関で確保していくことが必要だと考えます。

OHP 3 は 聴覚障害の子供をもつ親の立場です。親は子どもにとってどのような教育環境が望ましいかという悩みを持っています。

現在、カナリヤ学園などでは聴覚障害の幼児の早期教育がなされ、0歳から補聴器の装用や言語指導が出来るようになりました。その後の教育について問題があります ④で訴えられているように、子供の発達にとって今の教育カリキュラムがあっているのかどうか。どんな教育が必要なのかと悩みます。また、こうした悩みについて真剣に相談、研究、検討してもらえる場所はどこなのか、ということについて専門的な教育相談を求めています。そのことが⑤の内容であるということです。

聴覚障害者は高校卒業後大部分の者が自立しています。しかし、自立の出来ない人たちもいるわけですから、親たちは自分の子供の将来について、生き甲斐や老後の生活や人間関係について不安をもっています。相談事例を併せてみていただきたいと思います。

これらのことを二つの項目にまとめました。

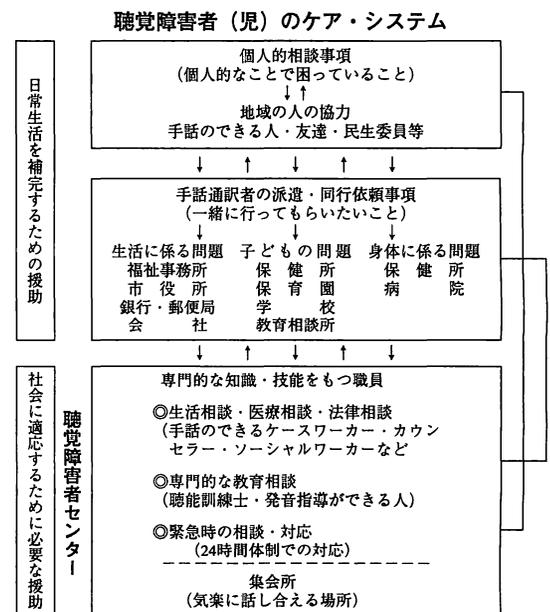
OHP 4

- 1) 日常生活上のケア
 - 2) 社会生活上のケア
- ということで要録に挙げております。

OHP 5

以上のことを踏まえて“聴覚障害者・児のケア・システムについて”図式化しました。はじめに申しましたように、今回の私の話のメインはこの図であります。

身近な日常生活上の問題の解決、そして手話通訳者に同行してもらって解決しなければならない問題、更に、専門的な人たちの援助が必要な問題があります。ケースワーカー、カウンセラー、弁護士など専門的な知識と技能をもって、手話の出来る職員を揃えたセンターが必要です。聴覚障害者・児のケア・システムを実践するために必要なことであると考えます。



地域療育システムに果たす 当園の役割

福田章一郎

岡山かなりや学園聴能言語訓練士

学園の歩み

- 昭和35年、岡山市内山下小学校に難聴学級がつけられました。この難聴学級9年間の経験から、早期に難聴幼児を発見して教育する必要が求められてきました。
- 昭和44年、それらの要求を受けて元ろうあ児施設大元寮に「難聴幼児母子訓練部門」が併設され、その後、高原滋夫先生をはじめとして岡山大学耳鼻咽喉科の先生方の協力を得ながら、その制度化を要望しました。
- 昭和50年4月、厚生省の認可を受け難聴幼児通園施設「岡山かなりや学園」が生まれました。
- 定員の推移
昭和44年度……20人（難聴幼児母子訓練部門）
昭和50年度……30人（岡山かなりや学園）
昭和53年度……40人
昭和59年度……45人
昭和61年度……50人

園児の実態

平成8.11.1現在

(1) 年齢別人員（年齢は平成8年4月1日現在）

年 齢	指導区分	人数	編 成	
0歳～1歳未満	0歳児組	5人	2人	3人
1歳～2歳未満	1歳児組	5人	1人	4人
2歳～3歳未満	2歳児組	15人	7人	8人
3歳～4歳未満	3歳児組	7人	5人	2人
4歳～5歳未満	4歳児組	6人	4人	2人
5歳～6歳未満	5歳児組	5人	2人	3人
計		43人	男21人	女22人

(2) 聴力レベル別人数

聴力レベル	区 分	障 害 等 級	人 数
30～49	軽 度 難 聴		1人
50～69	中 等 度 難 聴		11人
70～79	高 度 難 聴	6 級	2人
80～89		4 級	4人
90～99		3 級	11人
100以上	ろ う	2 級	14人
計			43人

(3) 郡市別（居住地）人数

郡 市	人数	郡 市	人数	郡 市	人数	県 外	人数
岡山市	20人	倉敷市	5人	津山市	2人	兵庫県 宍粟郡	3人
赤磐郡	1人	高梁市	1人	真庭郡	1人	香川県 香川郡	2人
玉野市	1人	浅口郡	1人	勝田郡	1人		
御津郡	1人	総社市	1人				
邑久郡	2人	笠岡市	1人				
25人		9人		4人		5人	
計				43人			

平成8.11.1.現在

来 所 児	2,731人
両側感音難聴児 訓練	985人
	513人

組 織 図

指導（岡山かなりや学園）

難聴幼児の指導
園児の聴力管理
補聴器のフィッティング
両親教育
インテグレーションの促進
対外事業

外来・検査（診療所）

外来相談
聴力検査
補聴器のフィッティング
診断書の作成
対外事業

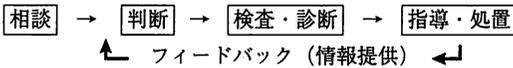
センター化の条件

- 指導ならびに両親への援助ができる。
- 発見から教育への移行に時間がかからない。

- 原因の診断等医学的なサービスができる。
- 生後すぐ検査診断ができる設備がある。
- 補聴器のフィッティングができる。
- 福祉等の書類の手続きができる。

センター化実現のために

- システム化
- ルート作り

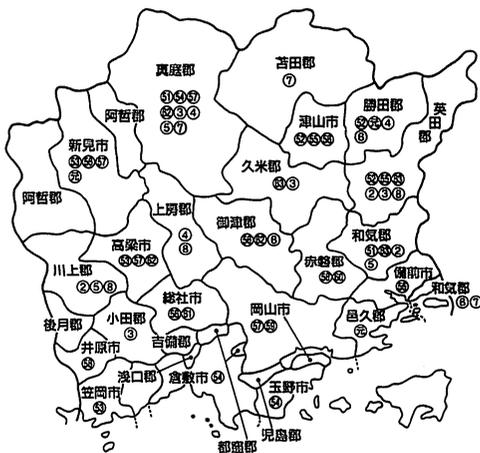


対外事業

- 巡回相談
- 公開指導（幼稚園、保育園、特殊学校、民生委員等）
- 保健婦研修会
- 幼稚園訪問
- 三歳児検診での精密聴力検査
- 卒園後のフォロー（学校訪問）
- ポスター配布
- インターネット（ホームページの予定）
- 岡山大学耳鼻科補聴器外来
- 姫路市開業医院での幼児難聴外来

巡回相談実施年度図

岡山県都市別（昭和51年～平成8年）



〈巡回相談の年度別受診数〉

実施年度	昭和53	54	55	56	57	58	59
①	17	9	11	8	24	8	89
②	11	18	19	14	8	11	106
③	10	4	7	24	8	9	110
年間総数	38	31	37	46	40	28	305

実施年度	昭和60	61	62	63	平成元	2	3
①	43	65	65	49	72	108	84
②	32	68	65	62	94	75	154
③	34	42	48	105	118	137	128
年間総数	109	175	178	216	284	320	366

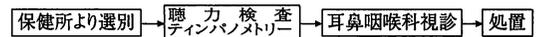
実施年度	平成4	5	6	7	8	総数
①	144	114	116	163	150	
②	174	114	166	150	165	
③	85	87	184	106	107	
年間総数	403	315	466	419	422	4,198

1. 巡回相談スタッフ及び検査器具

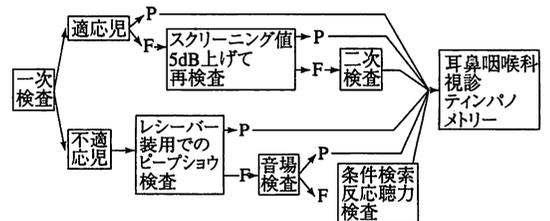
- スタッフ
 - 耳鼻咽喉科医師1名（岡山大学医学部付属病院耳鼻咽喉科教室）
 - 聴能言語訓練士9名（岡山かなりや学園）
- オージオメーターの種類
 - リオンAA-34、リオンAA-66D、リオンAA-30W、Danac35、リオン63BN、永島幼児聴力測定装置

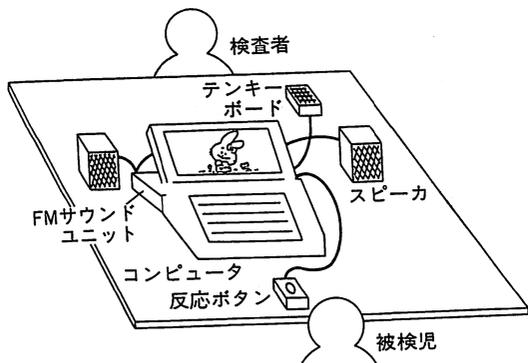
2. 巡回相談検査手順

- 保健所

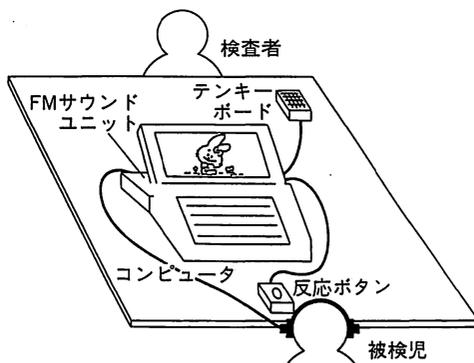


- 幼稚園、保育園

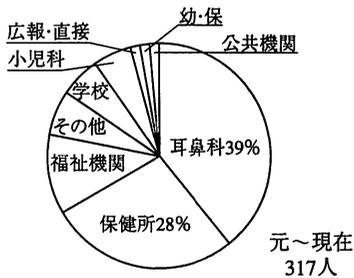
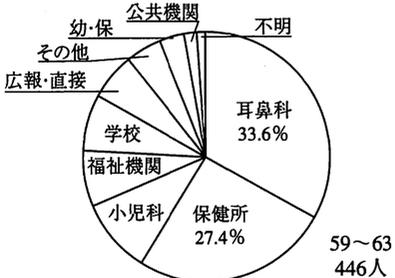
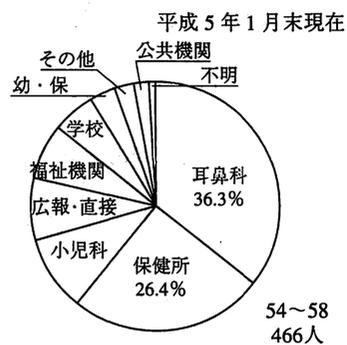
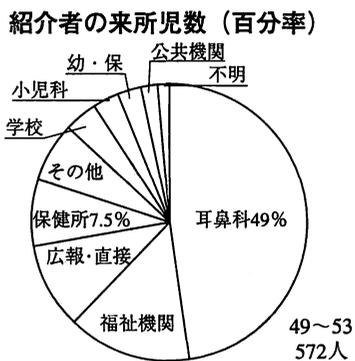
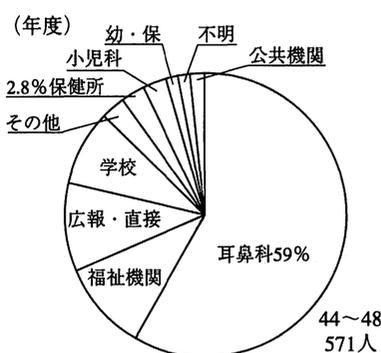




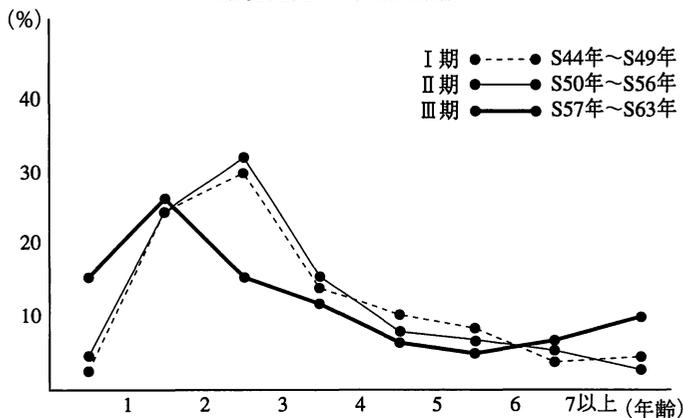
音場検査



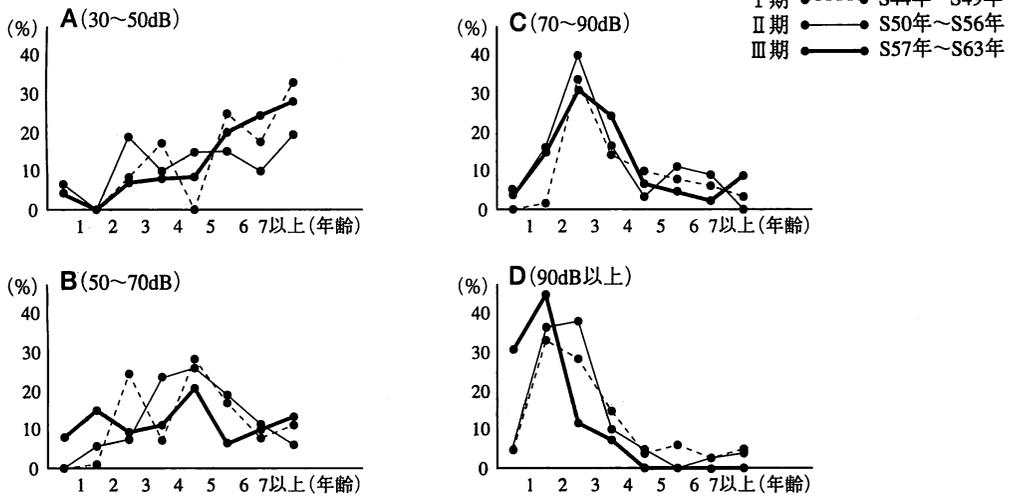
レーザー法検査



難聴発見の時期別集計



難聴発見年齢の聴力別集計



10年間の難聴児把握率

年	出生数	県内出生難聴児数	把握率(%)
51	28,432	21 (1)	0.074
52	26,857	24	0.089
53	26,052	26	0.1
54	24,661	23 (1)	0.093
55	24,463	19	0.078
56	23,392	14	0.06
57	23,594	27	0.114
58	23,836	22	0.092
59	23,645	20 (1)	0.085
60	22,698	14	0.062
計	247,630	210 (3)	0.085

今後の課題

- 1) 軽・中等度難聴の早期発見
- 2) 卒園後のフォローの充実
- 3) マルチメディアへの対応

ま と め

座長 上田 敏

帝京大学医学部教授

明石 謙

川崎医科大学リハ科教授

原稿未着



1.健康な老年を迎えるためには

食生活と日常生活

難波 三郎

前川崎医療福祉大学教授

はじめに：今やわが国は男女とも世界の最長寿国となった。日本人で100歳以上は7,373人となった。その約8割は女性である。

1. 最長寿国となった原因

- 1) 感染症で亡くなることが激減したこと
- 2) 乳幼児の死亡率が激減したこと
- 3) 日本人の栄養状態が良くなったこと

栄養と栄養素は違う。栄養とは、体内の生理的営みとか栄養状態といった現象のことである。栄養素は、食物などに含まれている栄養成分のことである。これらのことを図1に示した。

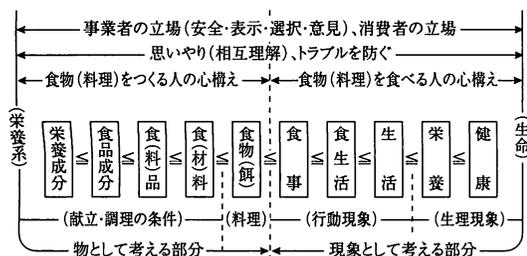


図1 栄養素・食物・栄養・生命の関わり

2. ヒトは何年生存できるか

- 1) 男性の世界一：日本の泉重千代さん（120歳 237日）1865.6.29～1986.2.21

- 2) 女性の世界一：フランスのカルマンさん（121歳 ?日）1875.2.21～現在

3. 健康長寿への知恵

- 1) 事故に巻き込まれない工夫
- 2) リスクから遠ざかる知恵
- 3) 常に好奇心と感動をもつ工夫
- 4) 栄養状態を維持向上させる工夫

4. 栄養状態改善の4つの要素

- 1) 食事：薄味でバランス良く30食品、食べたら歯磨き
- 2) 活動：万歩計で測ってみる、速歩 30分、体をほぐす
- 3) 休養：熟睡6時間、のんびり休息30分
- 4) 気分（ストレス）：酒、煙草、リラクゼーション、レクリエーション

5. 必要な分かり易い学習媒体

- 1) 「六つの基そ食品群」と「六つの基礎食品」：学習の一貫性と一環性
- 2) サイコロメニュー診断：たべもの診断
- 3) サイコロメニューシリーズ：初級・中級・上級
- 4) サイコロピラミッド：健康長寿へのパスポート

サイコロピラミッドは、サイコロシリーズのサイコロメニュー上級のこと。サイコロメニューは、初級・中級および上級に分かれている。

- ①サイコロメニュー初級は、小学校5年の家庭科で学習する「六つの基そ食品群」を基にしてサイコロの六面に六つを配し、主として「たべもの診断」に利用する。
- ②サイコロメニュー中級は、サイコロの稜に生活習慣病予防の標語を配したもので主として成人の「生活（栄養環境）診断」に利用する。
- ③サイコロピラミッドは、サイコロメニュー上級のこと、これは自身の問題点を解決するための生活行動プランを自分で立てるためのツールである。
- 5) サイコロピラミッドの原理
四つの改善項目に従えば栄養状態の改善ができ

またしても同じ咄に孫ほめる達者自慢に人をあなどる。

昔から年を取るとどんなになるかよく知っていたということでしょう。

現代人の意識調査があります。田辺製薬が20～50代のサラリーマンに行ったものです。それによりますと、肉体面で実感する年齢的衰えの症状は次のようになっています。

肉体面で実感する年齢的衰えの症状 (%)

疲れやすく疲労回復に時間がかかる	47.0
頭髮が薄くなる、白髪が増える	42.8
お腹が出てくる	38.8
筋肉が落ちる	36.3
目がかすむ、近くが見にくくなる	29.0
通勤電車ですぐ座りたくなる	21.5
肌の張りが無くなりシミができる	20.3
肩こり	18.3
腰痛	18.0
精力が衰える	17.3

やはり疲れやすいという運動器の症状が、47.0%でトップになっています。

電車ですぐ座りたくなるというのも、下肢の体重を支える筋の筋力低下と思われる。先程の狂歌に比べて、「おなかが出てくる」というのが38.8%もありますが、昔に比べて豊かな日本になったということでしょうか。

また、同じアンケートで予防策を聞いたところ、次のような答えが返っています。

肉体面の老いの予防策 (%)

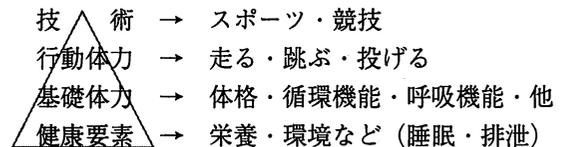
運動などなるべく体を動かすようにする	83.0
足腰を鍛える	70.3
規則正しい食生活をする	65.5
栄養もバランスの取れた食生活をする	63.5
十分な睡眠をとる	58.0
健康診断など定期的に体をチェックする	57.5
暴飲暴食など無茶しない	51.5
体重をコントロールする	46.3
体の不調を放置しておかない	46.0

やはり、運動などなるべく体を動かす、足腰を鍛えるなどが上位を占めています。

食生活に関することも認識があり、睡眠にも注意しています。結構心配りしていることが伺われます。

このような意識をもっていながらなぜ運動不足となるのでしょうか。「運動をしよう」と思っているだけで、「運動をする」中身について理解が不十分なため実行していないのではないのでしょうか。

運動機能の維持の内容について示しました。



三角形の底辺に示しましたように、健康要素は、栄養や環境などの条件を整えることが大切であることがわかります。ここを土台にして、体格や呼吸循環機能などの基礎体力が必要になります。三段目にある行動体力には、走る、跳ぶ、投げるなどの能力があります。

そして、頂点にスポーツや競技と表現されます技術があります。運動機能の維持を考える場合、この図式を念頭に置くことが大切です。運動というと、この頂点のことが頭に浮かぶのではないのでしょうか。

もう少し詳しくしたのがスライド（要録集に掲載）です。

運動生理学では先駆者的なお仕事をされました猪飼という方の本から借用しました。私たちが元気で行動できるのには、単に筋活動能力が優れていると言うだけではないことが一目で理解できます。

ここでは筋活動能力と表現していますが、これは筋力、筋耐久力、協調性、敏捷性をまとめたものです。

次に運動機能を性質的に分類し、具体的運動方法を示しました。運動方法はそのままそれぞれの能力のテスト法として行われています。また、6つの群に分類してあります中のどれかを1つずつ

運動すればバランスの取れた運動をしていることにもなります。

運動機能の分類と具体的方法

瞬発力→垂直跳・立幅跳・後立幅跳・50m走
筋持久力→腕立て伏せ・上体起こし（腹筋）・懸垂
敏捷性→反復横跳び・5m折り返し走・棒反応時間
平衡性→閉眼片足立・目隠し直線歩行
柔軟性→立位体前屈・伏臥体後屈・前後開脚
全身持久力→踏み台昇降運動・5分走

6つの群の内の1項目づつについて、年代ごとにどのように能力が低下していくかを見ますと、次のようになります。

瞬発力の指標となる垂直跳びの距離、20歳頃の最大値に対して、20歳を過ぎると低下し始め、60歳では60%にまで衰えています。

筋持久力の指標となる腕立て伏せの回数、最大値に対して60歳では37%にまで衰えています。

敏捷性の指標となる反復横跳びの回数、60歳では73%にまで衰えています。

平衡性の指標となる閉眼片足立ち時間、最大値に対して60歳では、実に28%にまで衰えています。老化の兆しは足からとよく言われますが、とりわけ「足はひよろつく」ということになり平衡保持機能が衰えていきます。

柔軟性の指標となる立位体前屈の指標（床指先距離）、最大値に対して60歳では53%にまで衰えています。

全身持久力の指標となる5分走の距離、最大値に対して60歳では66%にまで衰えています。全身耐久力は、呼吸機能と循環機能の善し悪しに左右されます。ちょっときつめな、日常的な行動程度のことなら、肺や心臓はいつまでもよく耐えているということでしょうか。

このように差はありますが、いづれの能力も大体20歳頃をピークにして、段々と衰え始めます。理想的には20歳頃から、計画的運動を始めるのがよいようです。

前述の運動機能の分類と具体的方法の表をご覧

下さい。この6つの群の中から毎日常生活習慣の中に取り入れられそうなものをセットすると、片寄りのない運動ができます。

例えば、

瞬発力のために、垂直跳びする。
筋持久力のために、上体起こし（腹筋運動）をする。
敏捷性のために、棒落とし反応をする。
平衡性のために、閉眼片足立ちをする。
柔軟性のために、立位での体前屈をする。
全身持久力のために、5分走をするなどです。

そうすれば、バランスの取れた運動機能が維持できます。

また、興味のある方はご自分の運動機能テストを行って、弱いところを重点的に鍛えることもできます。

今回のために購入した本の中から著者が推奨している運動の一部を紹介します。これだけの運動をせめて週に5回することが重要と解説してありました。内容は適宜変えたとしても、今日この会場にお越しいただいた何人が“やってみよう”と思われるでしょうか。

運動機能維持の運動プログラム（例）サーキットトレーニング

①縄跳び3分 ②立ち幅跳び10回 ③ゴルフスイング左右各20回 ④バーピー運動10回 ⑤片足グライダー左右各3分 ⑥スタートダッシュ10回
終了したら①に帰り、2セット行う。

運動のためにこれだけやろうとすれば拒否感を募らせます。拒否感の少ない週1回のテニスでは効果がないといわれる。さて、どうするかということになり、そのまま日にちがたってしまうことになります。

「自分の運動法を自分の生活の中に工夫して取り入れ習慣化することはできないか。

“せめて運動不足の足しになる”ことでも考えてみよう」ということも必要になってくるように思います。運動能力面の生活習慣病にならないためには、生活の中に、少しきつめに体を動かす動作を取り入れて、体を動かす習慣を取り入れるよう

にしたいものです。

最後に考えつくままに、生活の中に少しでも効果的な、習慣的な運動を取り入れる方法について少ない知恵を絞ってみました。このようなことを実行しながら、週に1度のテニスや、月1回のゴルフなどを取り入れるのも生活の知恵になるかも知れません。

朝（又は睡眠前）、着替えの時にチョット柔軟体操をする。

靴下を履くときゆっくりと履く。（片足バランス感覚の強化）

朝、玄関を出たら深呼吸する。（できれば1回でも息こらえ）

歩くときは毎分130歩で早足で歩く。

歩道の白線くらいの幅の上を歩くつもりで歩く。

階段は2段上がりで昇る。

タオルを絞るときは時間をかけて強く絞る。

寝ていておへそを見る。（腹直筋の強化）

少し専門的になりますが、等尺性収縮運動を習熟し、生活の場面を利用して最大筋収縮をさせる。筋のストレッチング法を習熟し活用する。



痴呆と向き合うために

日比野慶子

川崎医療福祉大学助教授

【痴呆をとりまく社会的問題】

我が国の人口の高齢化は先進諸国の中でも極端に早いスピードで進んでいます。「図説高齢者白書」¹⁾によりますと、我が国の65歳以上人口割合が7%となったのは1970年ですが、フランスはすでに1865年、スウェーデンは1890年、アメリカは1945年には7%に達していました。65歳以上人口割合が7%から20%になるのに、我が国は37年ですが、アメリカは88年、スウェーデン、フランスは125年以上もかかると予測されています(図1)。

「高齢化社会」の内容は65歳以上より75歳以上人口が増加するという「後期高齢人口」の急増で

す²⁾(図2)。このことは、また、要介護老人が増加することを示しています。1993年には要介護老人は100万人と言われましたが、2025年には260万人にのぼるとのことです³⁾(図3)。では、介護の基盤の世帯構成はどうなっているのでしょうか。世帯構造別に65歳以上のいる世帯の割合を年次推移でみてみると⁴⁾、子供と同居の割合の減少傾向、夫婦世帯と単独世帯の微増傾向が見られます。これらの現状は家庭の介護機能の低下を示しています(図4)。痴呆は個人の問題であると同時に社会的な問題でもあります。あまりに早く高齢化社会が到来し、個々人の意識も社会的制度も現実に追いつけず、矛盾が蓄積しています。そのしわよせが痴呆老人のいる家庭を追いつめていると言えます。

“痴呆”の問題はひとつごとではなく、私達はいやおうなしに痴呆に向き合わなければならない状況にあります。今日は三つの方向、①痴呆の状態像、②痴呆の予防、③痴呆のケアの面から向き合ってみようと思います。

【痴呆の状態像】

今日は老年と関係が深く発病頻度も高い、アルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆について話したいと思います。痴呆は単一の疾患ではなく、複雑で多彩な病像から診断される状態像です。DSM-IV⁵⁾では、各疾患毎に痴呆の診断基準を定義していますが、アルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆をまとめると次のようになります。A)多彩の認知欠損の発現で、記憶障害と以下のような認知障害を一つまたはそれ以上伴う。認知障害とは、失語、失行、失認、実行機能障害(計画を立てる、組織化する、順序たてる、抽象化する)です、そしてAの障害が社会的または職業的機能の著しい障害を引き起こし、病前の機能水準からの著しい低下を示し、④意識障害は除外され、⑤器質性因子が推定される、となっています。そして、見当識障害、幻覚、妄想、せん妄、不安・抑うつ、人格変化などの精神症状や、徘徊、興奮、不眠、攻撃的言動、異食、盗み、不潔行為などの行動も伴います。重症度は、日常生活の自立度により3段階に分けられます。

痴呆の基本症状の病的ものわすれと正常老化のものわすれとの違いを小室氏⁶⁾は次のようにまとめています。正常老化のものわすれは、体験の一部を忘れ（例えば朝食に何を食べたかを忘れる）、度忘れが多くなり本人もそのことを自覚しており、日常生活には支障はあまりありません。見当識障害は少なく経過は進行しませんが、痴呆のものわすれは体験の全体を忘れ（例えば朝食を食べたこと自体を忘れる）、新しいことを覚え込めず、ものわすれの自覚に乏しく、記憶障害だけでなく見当識障害や判断力・理解力の障害を伴うため日常生活の支障もはなはだしく、介護を必要とします。しかしこれらの違いの境界は明確ではありません。

【痴呆の予防】

痴呆の予防の決め手はまだ確かなものはありません。痴呆発病の危険因子や増悪因子の研究から予防の可能性を見いだそうとしています。危険因子に関するこれまでの主な研究結果の中から、アルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆に共通しているものをあげますと、加齢、頭部外傷、習慣性便秘^{7) 8) 9) 10)}、趣味や運動に乏しい日常生活の不活発、社会生活の消極性といったライフスタイル、頑固、非社交的、自己中心、気が小さい、気性が激しい、閉鎖的、整頓癖、といった病前性格などがあります。しかし今のところほぼ確かなのは加齢の因子くらいで、研究報告は必ずしも一致していません。

小林氏¹¹⁾等は老人ホーム在住高齢者と地域在住老人会員（いずれも健康老人）を対象に、活動能力、知的機能、うつ状態、運動機能、脳の生理的状态に関する検査を実施し、両群間の比較を行いました。その結果、高血圧、脳卒中などの因子や脳の生理的状态においては両群に差が見られませんでした。しかし、老人会群の方が老人ホーム群よりも言語性、動作性の知的機能、活動能力（社会活動、知的活動、手段的自立活動）、歩行能力などの運動機能において優れており、うつ状態の傾向が少ないなどの結果を得ました。そして、これらの結果は長期間にわたるライフスタイルの結果が集約されて出てきたものであり、ライフスタイルの差が脳の老化に対して大きな影響を与えて

いることが示唆された、と述べています。現在元気に暮らしている高齢者の生活から痴呆の予防の手掛かりを得ることが出来ます。金子氏¹²⁾等がアンケート調査した東京、神奈川、静岡、愛知の100歳以上の老人71名の若い頃のライフスタイルは次のようなものでした。①生来身体的に頑健で、運動機能や感覚機能が良好で、遺伝的にも長寿の家系が多い。②食事の好き嫌いがなく、肉や乳製品の高蛋白質食品を特に好む。③飲酒、喫煙の習慣はほとんどない。④学歴が高く、プライドを持って積極的に人生に取り組み、頑固だけど人との交流を好んでいる。⑤受容的な家族の中で、大切に処遇されている。⑥趣味が生きがいとなっている人が多く、中でも園芸、新聞・読書、信仰、手芸が多い。⑦テレビ番組は時代劇よりも相撲、スポーツ、ニュースを好きな人が多かった。

これらのことから、痴呆の予防として以下のことがあげられるでしょう。老人自身の留意点としては、①心身の日々の健康管理、②特に成人病の予防と適切な治療、③早期治療による二次障害の予防、④適度な運動、⑤頭や手を使う、があります。つまり、日常生活の中で健康に留意しながら、適度の緊張とリラックスで脳を刺激して老化を防ぐということです。日常生活動作能力の維持が基本となります。また、⑥趣味や生きがいを持つ、⑦先のことばかりくよくよ考えない楽天的生活態度で暮らす、⑧自分でできることはできるだけ自分です、⑨人との交流を持つ、⑩負担にならない役割を保つ、ことも必要でしょう。老年期は自分の心身機能の衰えに直面し、さらに、肉親との別れや社会的現役からの引退など度々の喪失体験があり、ものごとを悲観的に受け取り、消極的な生活になりがちです。例えば、喪中欠札の年末の葉書が増えるだけでも気持ちが沈んできます。老人自身が意識して“生きている喜び”を見いだすことは欠かせないことでしょう。こんな例があります。諸々の理由で抑うつ的となり、物忘れが増え食事もありとらなかつたある老人女性が、地域ぐるみのゲートボールクラブに入ってから元気になりました。クラブは老人達の社交場となっていて、その人は競技はしないのですが、応援団の一人としてみんなでお弁当を作ったり、パーマを

かけておめかしして応援に行くようになりました。仲間の中で自分の居場所を見つけたのです。ここにあげた留意点は既に言い尽くされてきたことですが、やはり予防の基本だと思います。

老人の周りの人の留意点は、今述べた十の留意点を支えることだと思います。それは、老人が安心できる環境（空間、人、時間の総合としての）を整え、老人の生活そのものを支えることを意味します。その中には社会的資源の効果的利用のマネジメントも含まれます。老人に安心感を抱かせる最も重要な要因は、人間関係でしょう。近年、リハビリテーションにおいてQOL（生活の質）の向上が言われていますが、QOLにはその人の「主観的幸福感」が主要な要素として関与しています。この「主観的幸福感」に対して主にコミュニケーションを中心とした対人関係の質と量の変化が強く影響しているのではないかと、という報告があります（坪井氏¹³⁾。岡本氏¹⁴⁾は『高齢者医療と福祉』の中で、家庭に勝るとも劣らないグループホームの優れた機能について触れ、介護のプロのスタッフとの家族的な暖かい人間関係が痴呆老人を落ち着かせることを力説しています。痴呆の予防とケアは表裏一体をなし、ケアの心得は予防においても大切なことです。

【痴呆のケア】

ここで明確にしておかなければならないのは、「痴呆老人は痴呆の症状を持ちながら生きている生活障害者である」という基本的立場です。つまり、痴呆老人にもその人なりの生き方があり、そのことを認めたくえでその人の生活上の障害を軽減しようとする立場です。痴呆老人はどのような思いを抱いて暮らしているのでしょうか。もちろん個人々人によって違うと思いますが、ここに興味深い報告があります。痴呆老人のバウムテストの結果です¹⁵⁾（図）。このテストは樹木に自分を投影されて性格や心理状態を診断する心理テストです。図の四角で囲まれた空間は社会を象徴していますが、左の痴呆老人のバウム（樹木画）はシンプルで小さくて片隅に描かれておりいかにも頼りなげです。これは、社会の中の自分の存在は不安定で萎縮していて、ちょっとした事にも自分を失

いそうになりながらも必死に自分を保とうとしていることを表しています。よく「痴呆老人は何もわからない」と言われますが、私達の想像以上に繊細でおびえていて、日常生活がうまくいかない自分に困惑しているのかも知れません。このように、痴呆老人の思いを理解することをケアの出発点としたいと思います。痴呆老人はどのようなケアを望んでいるのでしょうか。まだよく分からないのですが、ありのままを受け入れて、ペースを合わせて寄り添ってくれて、行動を共にしてほしい、と求めているように思います。

【おわりに】

痴呆に向き合うには発想の転換が必要です。①老年になるといろいろな面での個人差が大きくなります。60歳以後の人生も長くなりました。多様なライフスタイルを認め合うことがお互いを暮らしやすくすると思います。②発病する前の、どことなく暮らしにくくなった時期からの援助がもっと見直されるべきでしょう。公的援助はどうにもならずひどくなってからというのが現状ですが、その前の段階で人と資金をつぎ込む方が結局は社会資源の節約になると思います。③痴呆老人は痴呆というありようで自分の人生を生ききろうとしているのであって、それを支えるのは家族も含めて社会全体の義務と責任です。痴呆老人がいることを隠さずどんどん社会に出ていけばいいですし、ケアの現場に男性が関わって当たり前というふうを意識も制度も変わらなければならないでしょう。そして、社会的資源を活用するのに負い目を感じる必要はなく、また活用のマネジメント能力を高める訓練が必要でしょう。④在宅の長所は皆が認めるところですが、施設が本来持つ長所をもっと積極的に認め、多様なニーズに応じられる多様な形態の施設があってもいいと思います。

文 献

- 1) 三浦文夫編：図説高齢者白書1996。全国社会福祉協議会、東京、1996、p36。
- 2) 中村重信、松山善次郎：老人ボケは防げるか—高齢化社会をのりきるために—。裳華房、東京、1996、p46。

- 3) 三浦文夫編：前提書、p111。
- 4) 厚生省大臣官房統計情報部編：国民生活基礎調査(1994)。厚生統計協会、東京、1995、pp124-125。
- 5) 高橋三郎他訳：DSM-IV精神疾患の分類と診断の手引き。医学書院、東京、1996、pp70-73。
- 6) 小室豊允：痴呆性老人の介護。中央法規出版株式会社、東京、1993、p21。
- 7) 大塚俊男他：痴呆疾患の疫学と予防に関する研究—平成元年度研究報告書—、厚生省、1990、pp5-22。
- 8) 老年期痴呆の危険因子：老年期痴呆特集号、老年期痴呆4(1)：23-103、1990。
- 9) 金森雅夫、近藤喜代太郎：疫学的見地からみた老年期痴呆の危険要因。老年期痴呆8(3)：305-311、1994。
- 10) 柄沢昭秀：老年期痴呆の疫学。精神科MOOK(8)：109-111、1984。
- 11) 小林祥泰、山口修平他：脳の老化に与える社会的環境因子の影響に関する研究。日本老年医学会雑誌33(1)：22-26、1996。
- 12) 金子満雄、高槻絹子：かくしゃくと長生きするための秘訣—かくしゃく超百歳老人71名の生活実態—(その1、その2)。エーザイ株式会社、東京、1995。
- 13) 坪井章雄：在宅高齢障害者と特別養護老人ホーム利用者のQOLの比較検討。作業療法15(4)：317-321、1996。
- 14) 岡本祐三：高齢者医療と福祉。岩波書店、東京、130-136、1996。
- 15) 一谷彊、林勝造、国吉政一編著：バウムテストの基礎的研究。風間書房、東京、189-194、1985。

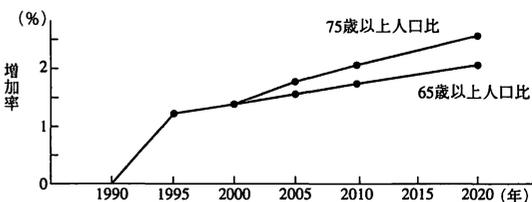


図2 高齢化率の将来推計
【厚生省人口問題研究所中位推計1992】より

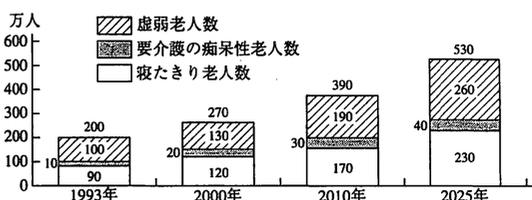


図3 要介護老人等の将来見通し
【図説 高齢者白書1996】より

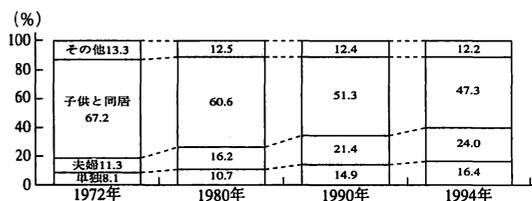
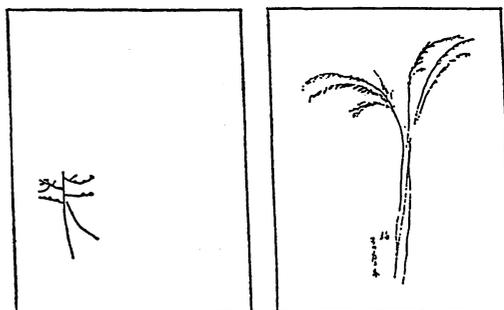


図4 世帯構造別にみた65歳以上の世帯の割合の推移
【国民生活基礎調査1995年】より



軽度痴呆及び心疾患で入院中 86歳

80歳代男性のバウム(樹木画)

健常 88歳



高齢者の社会参加

刈谷 哲博

旭川荘竜ノ口寮施設長

(はじめに)

「図1」は地域の移動障害者のための移送サービス網のモデルです。これは、車椅子利用者が、

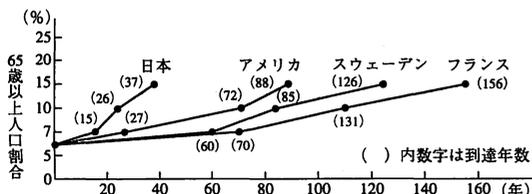


図1 65歳以上人口割合と到達年数
厚生省人口問題研究所「人口統計資料集1995年版」より

在宅・入所施設・グループホーム、ケアハウス・身体障害者福祉ホーム等で暮らしながら地域の様々な社会資源を利用して社会参加を果たすための基盤整備をしようというものです。じつは、この図のオリジナルは、(社)シルバーサービス振興会の山崎敏氏が「ふれあいケア」6月号に示した高齢者の移送サービス網のモデルにほんのちょっと手を加えてみたものです。この中で特に変更した部分は、背の高い家で「福祉ホーム」としている所です。元は「待ち合わせ、乗り換え用クラブハウス」でした。とりあえず言いたいことは、高齢者にとっても身体障害者にとっても、移動に不自由な人は社会参加のための同じニーズを持っていると言うことです。

「図2」は岡山県の第5次総合福祉計画のアクションプランの中で4つの施策の方向とされるもののひとつ「生きがいのある社会と人づくり」についての図です。この中では6つの内容が含まれていますが、その最高のものが「お年寄りも若い人も、障害のある人もない人も、そこに垣根はありません。」つまり完全参加と平等が達成された状態が目標とされています。こういった県レベルの長期計画もあり、市のレベルでも高齢者についても障害者についても長期計画と年度計画ができています。私達は岡山県にも岡山市にも「リフト付路線バスや福祉タクシーの整備」と呼びかけていますが、県からも市からもあまり色良い返事がありません。そこで、理念としての社会参加と言うことと、社会参加を目指す地域の整備計画、とりわけ取り組みが遅れていると思われる地域の交通網について検討したいと思います。

(高齢者及び障害者福祉施策の中で社会参加はどのように位置づけられているか)

国連障害者の10年が「完全参加と平等」をテーマに展開されましたが、日本の法とそれに連なる施策について見ると、

1. 老人福祉法とゴールドプラン

- 老人福祉法の基本理念、第3条「老人は……社会的活動に参加するよう努めるものとする」、「老人は……適当な仕事に従事する機会その他社会的活動に参加する機会を与えられるものと

する」

- 高齢者保健福祉推進十カ年戦略（ゴールドプラン）の1、市町村における住宅福祉対策の緊急整備－住宅福祉推進10カ年事業の(7)「住みよい福祉のまちづくり事業」を推進する（人口5万人未満の市町村も対象とする）。また5、高齢者の生きがい対策の推進(1)「明るい長寿社会づくり推進機構」を全都道府県に設置する。(2)「高齢者の生きがいと健康づくり推進モデル事業」を推進する。
- 2. 障害者基本法とノーマリゼーションプラン
 - 障害者基本法（目的）「……障害者の自立と社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動への参加を促進することを目的とする」
 - 障害者プラン～ノーマリゼーション7カ年戦略～Ⅵ各施策分野の推進方向〔地域で共に生活するために〕、〔バリアフリー化を促進するために～リフト付き路線バスの導入、第6次交通安全施設等整備5カ年計画による施設整備を含む〕
- 3. 社会参加促進のための諸事業
 - 高齢者の生きがいと健康づくり推進事業～財団、都道府県、市町村による実施
 - 障害者の明るい暮らし促進事業（障害者社会参加促進事業）～都道府県による実施～移動に関する事業、市町村支援事業として(1)リフト付き福祉バス運行事業、重度身体障害者移動支援事業を含む
- 4. 住みよい環境の基盤づくり
 - 障害者や高齢者にやさしいまちづくり推進事業（厚生省）
 - ひとにやさしいまちづくり事業（建設省）
 - 「生活福祉空間づくり大綱」（建設省）
 - ハートビル法「高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の促進に関する法律」
 - 「すべての人にやさしいまちづくりを目指して～福祉のまちづくり計画策定の手引き～」（建設省・厚生省）～連続性と総合性のある交通機能
 - 福祉空間、都市計画、公園、水辺、建築物、住宅、車両等に関するモデルづくり
 - 「高齢者・障害者等のためのモデル交通計画」（運輸省～横浜市、金沢市）～鉄道、路線、特

定コース、ドアツードアを含む総合整備計画のモデル

5. 老人保健福祉計画と障害者基本計画

- 老人保健福祉計画について第4、老人保健福祉計画の内容の6、高齢者の生きがい対策の推進（要介護老人は一部であり高齢者の大部分は健康で自立している……要介護老人対策だけではなく……）、7、(1)高齢者の住みやすいまちづくり（……可能であれば盛り込むことが望ましい）。
- 障害者基本計画～第1次市町村長アンケート調査（新障害者の10年推進会議）～建物道路の障害者配慮がNo.1、46.5%が今後の施策希望
- 台東区障害者福祉計画～スペシャルトランスポーターシステム（施設送迎、ドアツードア、固定ルート運行、移送集中管理システム等）

6. 第5次岡山県総合福祉計画

- 快適で活力あふれる岡山づくり～生きがいのある社会と人づくり～長寿社会対策
- 障害者の自立と社会参加の促進～高齢者対策（総合交通政策なし）
～障害者対策（総合交通政策なし）

7. 岡山市高齢者保健福祉計画

- 高齢者の社会参加と生きがいづくり（生涯学習、交流、就業、ボランティア、活動の場づくり）
- 高齢者の住みやすいまちづくり（総合交通計画なし）

（高齢者、障害者の移送資源の要求）

1. 老人デイケアの送迎サービス～新聞投書（行事的福祉を否定、送迎サービスによるデイサービスを喜ぶ）
 2. 自立生活障害者の努力～共同で車両購入して利用
～ボランティアの協力で運転移送
 3. 身体障害者療護施設竜ノ口寮入所者の外出外泊状況～表1、平成7年度外出・外泊しらべ
 4. 「町でともいきようデモ」（だれでもが使える交通機関を求める全国統一行動～平成8年10月28日、福祉新聞）
- 障害者も老人もベビーカーも使いやすい交通機関を

（重度身体障害者も地域生活参加構想）

1. 身体障害者療護施設の在宅援助機能～図3、身体障害者療護施設の機能
 2. 身体障害者福祉ホーム利用と地域生活支援システム
- 5人～10人単位の集合住宅
 - 身体障害者社会自立支援事業による部分的介護サービス
 - 施設及び地域資源利用による社会参加
 - 総合的地域交通システムによる移動～図1、総合的地域移送システム
 - 行政、企業、施設、ボランティア、当事者の役割をミックスした移送システム
 - 行政及び公私共同機関の総合調整機関による移送機能ネットワークを形成

（まとめ）

高齢者の社会参加を促進する上で、身体障害者のそれとニーズが重なる面が多く、今回は地域交通資源について検討した。国、県、市町村ともに長期的総合的計画をもって地域資源の整理に努めているが、とりわけ地域交通システムの総合的、連続的な機能を整備する必要がある。その解決には、老人保健福祉計画と障害者基本計画とその他の地域計画の間の総合調整、特に対象の分類でなく必要なサービス機能別の計画策定が必要と考える。

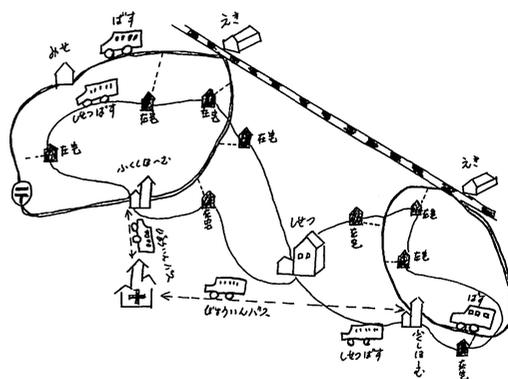


図1 総合地域移送システム

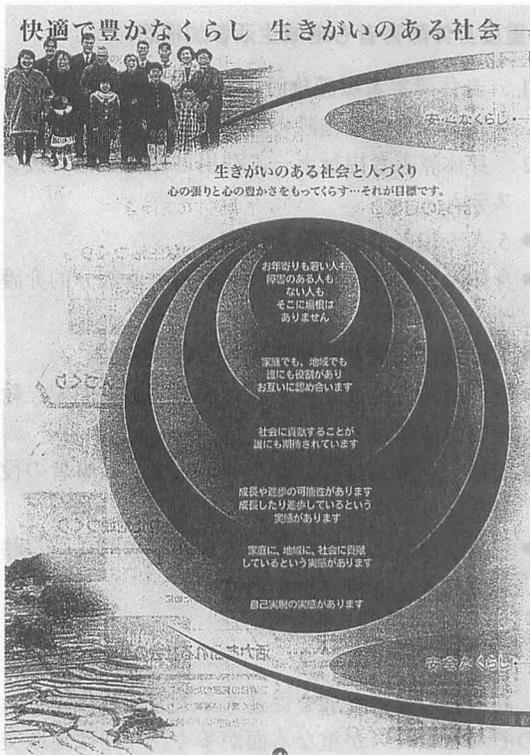


図2

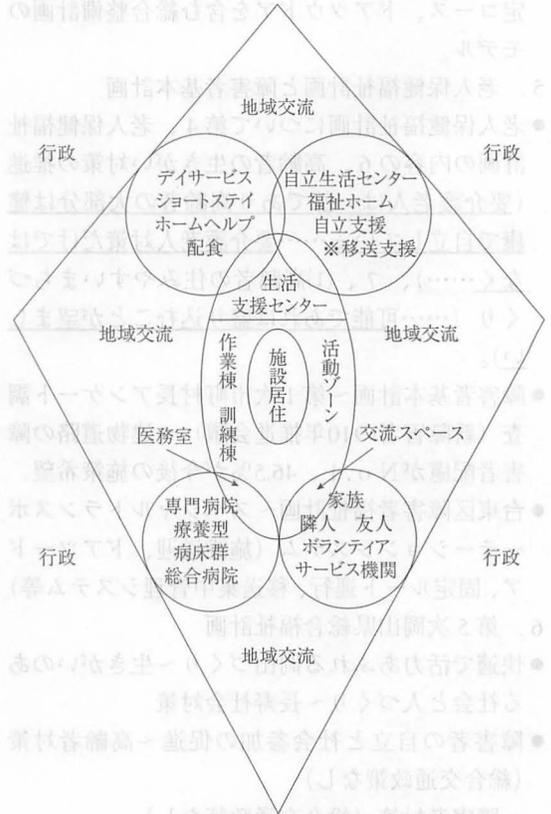


図3 身体障害者療護施設の機能

平成7年度 外出・外泊しらべ (電ノ口寮：109名)

分類	内容	件数
外出理由	1. ショッピング・美容院等	106
	2. ドライブ等	83
	3. 礼拝	65
	4. 病院受診等	41
	5. 趣味・教養・娯楽	162
	6. 投票	1 (458回)
外泊理由	1. 帰省	378
	2. 旅行	5
	3. 研修等	11 (394回)
外出先	1. 岡山市内	386
	2. 市外	72 (458回)
介護者	1. 家族	459
	2. 友人・ボランティア	386
	3. 他	0
	4. なし	11 (854回)
車 輦	1. 福祉タクシー	117
	2. 福祉バス	26
	3. 路線バス (普通車輛)	42
	4. タクシー	57
	5. 自家用車	625
	6. 他	22 (894回)
外泊先	1. 自宅	378
	2. 自宅外	16 (394回)



2. 高齢者リハビリテーションの現場より 高齢者の リハビリテーションシステム

吉村 理

広島大学医学部保健学科教授

1. 高齢者の保健・医療・福祉の歴史

戦後50年わが国は高度経済成長に支えられ、高水準の社会保障制度を作り上げたが老人関係の制度は最も後発で、急速な高齢化への対応が急務であった。1950年社会保障制度審議会は、社会保障制度の基本的枠組みとして社会保険、公的扶助、公衆衛生と医療、社会福祉の四つの柱を勧告した。この中で老人の処遇は、身寄りのない老人の生活

施設として生活保護法の枠内で養老院が受け皿となるなど一部不完全なかたちで組み込まれていたに過ぎない。当時は国民皆保険制度の整備へ向けた努力が行われていたときであり、1961年国民皆保険制度の発足にともない医学の進歩と医療供給体制の充実が長寿社会に向かうこととなる。1963年福祉5法の中で最後に老人福祉法が制定されるが、老人医療問題が顕在化する以前であり、当時のメニューは健康審査、老人福祉施設、家庭奉仕員派遣、寝たきり老人対策、一人暮らし老人対策、老人クラブその他となっていたが施設重視で、施設以外の予算措置は僅かであったし、さらに1983年老人保健法の成立までには20年を要した。老人保健のメニューは、市町村が行う保健事業として健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康審査、医療、機能訓練、訪問指導その他があり医療については、慢性疾患に対応する看護体系、在宅ケア、リハビリテーションなどに重点がおかれ、一般診療については包括化が図られている。1989年「高齢者保健福祉推進十カ年戦略(ゴールドプラン)」、1994年新ゴールドプラン、1996年高齢社会対策大綱が策定され、今注目の「高齢者介護保険制度」が老人保健福祉審議会から報告された。

2. 高齢者のリハビリテーション

老人のリハビリテーションの教科書は、実は65歳以上で発症した脳卒中、頸椎過伸展損傷による中心型頸髄不全損傷など老人障害者の急性期と回復期のリハビリテーションについての記述が主で、機能訓練中心である。機能訓練は、リハビリテーションの一部ではあるが急性期、回復期のリハビリテーションの期間は、せいぜい数カ月であり、それから長くつづく維持期、慢性期のリハビリテーションの理念が必要である。リハビリテーションに対する期待は大きい、はたしてリハは老人問題の救世主であろうか。高齢者であってもリハビリテーションさえすれば機能向上し、若返るといった幻想は、特に慢性期の老人には無力である。

竹内は、リハビリテーションを「障害や老齢によってそれまでの生活に破綻をきたした人達が、再びもとの生活を取り戻すために行われる様々な

活動の総体を指しており、その中で行われるいくつかの活動のひとつに機能訓練がある」と定義し、生活の再建に視点をおいている。若者では疾病の治癒が同時に健康な生活の回復であるが、高齢者では疾病は治癒しても寝たきりといった状態はあり得るし、それだけ医療が生活からかけ離れている。高齢者の慢性期リハビリテーションは、どうせ歳だから回復せず機能向上はみられないと私を含めリハビリテーション専門職が逃げており、専門職にとって輪投げ・風船バレーではプライドが許さない、もっと大切な仕事があるはずといった思いこみがあり、専門家ほど高齢者の生活に直面できないのではないかと。高齢者のリハビリテーションは、社会に適応しきれなくなった高齢者を再適応させる、その人にふさわしい尊厳をもった生活の再獲得であり、長いスパンを必要とする。したがってリハビリテーションの技術・方法は有用ではあるが、機能訓練など治療のアプローチだけでは高齢者に対応しきれないと言って良い。高齢者のリハビリテーションの基本は、生活訓練、動かない身体を動かすようではなく生活の中で上手に生かせるように、健康の維持増進、生活能力の維持、閉じこもりからの脱出、仲間づくり、生き甲斐、メリハリある生活などであり、機能訓練では一部分しか解決しない。高齢者といえども現代の価値基準は、何か役に立つ経済的効果を生む活動であり、役割喪失・単調な生活・対人交流低下・不安など加齢が生活を受け身とし、身体・精神機能の低下は依存的生活・非活動的生活・孤立・閉じこもり生活が寝たきりを生むこととなり、健やかに老い、生き甲斐のある生活を送り、幸せな生涯を終えることはたやすいことではない。

3. 在宅ケアとリハビリテーション

本来地域リハビリテーションは、保健・福祉・医療の連携により住み慣れた地域のなかで人間らしく生き生きと安心して生活が続けられるように、総合的に支援活動を行うものであり、家庭生活と生活地域の場面を考慮して在宅ケアを重視する。最近の保健・福祉分野の法的整備によって在宅介護サービスメニューは多様化し、在宅三本柱

に加えて通所機能訓練事業、訪問入浴サービス、訪問給食サービス、訪問看護サービス、日常生活具給付事業など多岐にわたっている。在宅ケアの多様化と称しても、生活の再建を目指す以上訪問ケアと通所ケアだけでは不十分で、医療・保健のみならず精神面・家庭面・住宅など社会福祉など多面的配慮の上に立ったサービス支援が重要である。このため多様な生活再建ニーズを把握し、適切なサービスメニューの提供システムの構築の整備がいそがれる。在宅リハサービスを進めるためのチームには、医師・理学療法士・作業療法士に加えて、保健所・福祉事務所・医療機関・リハセンター・ホームヘルプ協会などに所属する多職種で構成され、サービス調整チームの連携がなにより重要である。在宅リハサービスの内容は、リハ医学の立場から障害にかかわる各種の医療相談に応じ、必要なアドバイスを行うとともに、適当と思われる関係機関を紹介する。障害者を取り巻く人的・物的環境を総合的に評価し、これに基づいたリハ計画を作成し、本人・家族・介護者に適当なアドバイスを行う。理学療法士・作業療法士による四肢体幹の機能、移動能力、日常生活動作能力、日常生活関連動作能力、社会的活動能力などの維持・改善訓練を行うとともに、家族・介護者に対して技術的アドバイスを行う。障害者の機能を最大限に利用した、効率の良い合理的な介助法を実地指導する。身体障害者手帳診断の実施、各種福祉用具の処方と判定、適合検査、装着訓練、使用法の指導、及び修理などを行う。日常生活用具の適否、家屋改造などの具体的な相談に応じる。必要があれば、言語療法士や臨床心理士による治療やカウンセリングを行うとともに、家族に専門的アドバイスを行う。訪問リハは、個別に実際の生活場面を通して支援できるから将来とも必要なサービスであるが、通所リハにはない利点を生かすためには関係職種と連携した直接的・間接的支援と同時に訪問頻度・期間など支援計画の基準づくりが大切である。ただし訪問リハもそれのみ単独ではなかなか効果があがらないが、総合的なリハサービスの一環として行われると格段に効果がある。介護サービスの連携があって初めて本人・家族の生活への意欲が湧きリハ意欲が増す。現在

なんといっても一番の問題点はマンパワーの不足である。連携については、訪問リハと同時に社会参加として通所機能訓練をはじめデイサービス・障害者センター・福祉センターなどの地域の通所リハ実施機関との連携を強化する。老人保健法の保健事業のなかで機能訓練の目的は、心身の機能が低下している者で医療終了後も継続して機能訓練の必要な者に対し、参加者間の交流を通して生活圏の拡大を図ることに重点をおき、加えて心身機能の維持増進を図るための軽易な訓練を行い、日常生活の自立を助けることである。清潔さ、ゆとりある人間関係、人間らしい生活環境のなかでこそ生活改善への意欲を持ち、基本的な生活を人間として尊厳をあるレベルに保つことが、リハ本来の意義である。同時に家族だけの閉鎖的な世界では、いかに献身的介護があっても効果的ではなく、社会・外界からの援助を緊張感をもって受け入れることから始まる。機能訓練の発展のためには、住環境整備事業や外出援助のためのヘルパー派遣、送迎サービスの実施により屋外アクセスを容易にすることが必要であるし、介護者負担の軽減を主目的とするデイケア事業との色分けも重要である。老人福祉法のデイサービスの目的は、自立的生活の助長、社会的孤立感の解消、心身機能の維持・向上、家族の身体的・精神的負担の解消が主である。サービス内容は、生活指導、日常生活動作訓練、養護、家族介護教室、健康チェック、送迎の6つの基本事業がある。デイサービスは、高齢者のニーズにあわせてA-E型に分かれているが、対象者の増加にともない質・量ともに個々のニーズの把握と適切なサービスの提供が必要である。そのため医療サイドのデイホスピタル事業とのサービス機能の整理、機能分化と統合、実施主体の多数を占める老人関係施設の在り方の検討、在宅サービスを展開するための保健・医療・福祉の関係機関・団体との調整・連携のネットワークづくりなど問題は山積みしている。

4. 施設のケアとりハビリテーション

高齢障害者への対応は、医療重視モデルから福祉重視モデルへというのが世界の趨勢であり、また同時に施設ケアよりも在宅ケアである。しかし

す。しかし、まだ資格誕生より日も浅く、その資格の認知は充分とは言えません。ここでまず少し、介護福祉士の資格に触れてみたいと思います。

介護福祉士は、「社会福祉士および介護福祉士法」に基づく国家資格であり、この法は、①高齢化社会への対応②家族介護機能の変化③福祉ニーズの多様化④資格取得の条件という社会的背景の中、1987年（昭和62年）5月に成立し、「介護福祉士」「社会福祉士」の誕生から早9年目を迎えることになりました。

介護福祉士の資格取得方法は、大きく3つに大別されます。その1つは、①養成施設コース、これには2年課程・1年課程がありますが、現在3年コース、4年制大学においても養成が行われています。初年度は養成施設25校でありましたが、平成8年度では、214校242学科入学定員13,936名にもなりました。

介護福祉士養成校卒業生の進路ですが、平成7年度卒業生の調査結果では、「老人福祉施設」42.6%、「老人保健施設」25.6%、「病院」10.5%、「身体障害者更生援護施設」3.3%、「精神薄弱者施設」2.0%、「児童福祉施設」1.9%、「その他の社会福祉施設」1.1%、「他の社会福祉関係機関」福祉事務所・社会福祉協議会2.9%、「シルバービジネス等」0.8%、「その他」進学・一般企業・就職希望なし等8.9%です。「老人保健施設」「病院」への就職者が増えてきているように現場では感じています。

その他の資格取得の方法として、②国家試験受験コースと③技能検定コースがあります。これらは、介護をその業務の中心としていた既存の職種たとえば寮母、家庭奉仕員、家政婦、及び保母などの資質向上策の一つとして盛り込まれたものとされています。

第8回めの国家試験受験者数18,544名のうち合格者数9,450名、合格率51%でした。

「社会福祉士および介護福祉士法」において『「介護福祉士」とは、第42条第1項の登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識および技術をもって、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき入浴、排泄、食事、その他の介護を行い、並びにそ

の者及び介護者に対して介護に関する指導を行うことを業とする者をいう」とあり、また、『「社会福祉士」とは、第28条の登録を受け、社会福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上若しくは精神上の障害があることまたは環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者に福祉に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を行うことを業とする者をいう」とあり、また第47条に「社会福祉士及び介護福祉士は、その業務を行うに当たっては、医師その他の医療関係者との連携を保たなければならない」と記されています。

平成8年度現在介護福祉士登録者数80,933名（平成8年10月現在）、社会福祉士登録者数6,371名（平成8年3月現在）となっています。

■「介護福祉士」並びに「社会福祉士」の資格は、名称独占としての福祉資格であると位置付けられ、社会福祉職として実践しています。

介護福祉士の業務は、介護を通して、社会福祉士（ソーシャルワーカー）は、相談援助業務を通して、生活に体系的理論を組み入れ、社会福祉職としての倫理性や科学性を基軸に実践しています。

「介護福祉士」の養成において「リハビリテーション論」30時間の指定科目があり、その主たる内容は社会的リハビリテーションを中心としています。介護福祉士は、入浴、排泄、食事、更衣整容、移動等の介護の場面を通して、「生活のQOL」「生活の自立」という領域からみた生活問題をアセスメントし、社会的機能力を支えています。

高齢者の身体的・精神的機能の維持（回復）には、生活のあり様等が関わってきます。その前提としての介護業務の基盤は安心・安全な生活の場のもとに基本的欲求の充実に意図しています。

「社会福祉士」の受験科目には、リハビリテーション関係科目はありませんが、業務の性格からみて相談援助業務の一環として、残存機能の活用、生活環境の改善、社会資源の結びつき等の視点から、リハビリテーションに関わっていくと思います。その意味では、リハビリテーションチームの一員としての役割・機能を有しています。また施設等においては、チームのコーディネーターとし

要求度が高くなること等が原因していると考えられます。

このように、病院からの訪問患者の特徴は、医療処置や特殊な医学管理を必要とするか、重度の寝たきり者が殆どであるという事になると思います。

次に、第2の拠点である訪問看護ステーションについて紹介します。

病院の訪問患者のうち介護量の多いケースに対して、訪問看護ステーションを導入し、介護に重点を置いた訪問看護サービスを提供しています。H7年度の103名の訪問患者のうち43名までが訪問看護ステーションを併用しています。訪問回数も毎年倍増しています。

訪問リハビリは主にここを拠点に行っており、今年の4月より、専任のPTを置いたことで、一人の患者に平均週1回ペースの在宅リハビリが行われています。このことで、PTとの連携はより密となり、ADLの低下を防ぐ等の効果だけでなく、久しぶりに屋外へ出て季節感を得られる等、生活に密着したサービスの提供が図られるようになり、評価すべき点は多いです。

次に、老人介護支援センターを紹介します。

これは、豊浜町からの委託を受けて院内に開設されたもので、主に相談訪問が行われます。ケースの家庭状況や介護状況を把握し、在宅ケア専門委員会で処遇検討します。

在宅ケア専門委員会は図5の如く、豊浜町の在宅ケアにかかわる各施設の実務者レベルのケース連絡会です。

表1のような構成メンバーで2週間毎に催されています。

連絡会の内容は表2のとうりです。現在試行中であるケアプランもこの会を通じて行われています。

以上、当院の在宅ケアシステムについて紹介しました。

先にも述べたとおり、訪問看護ステーションも含め、医療機関を基盤とした訪問患者の特徴は、重度の寝たきり高齢者が多いことから、リハビリに置いてはその効果が望みにくく、ゴールに目標が持たず、常に模索状態の中で活動していたのが

現状でした。

そのような中で、最近、訪問看護とりハビリについて考えさせられたケースに遭遇したので紹介したいと思います。

患者はAさん、79歳です。H2年、脳出血を発症し、車椅子生活を余儀なくされ、当院外来通院中でした。H5年8月より、月1回訪問リハビリを受けていましたが、家人との都合が合わず、H6年9月で中断となっています。その後、ADLは何とか保たれていましたが、H7年1月下旬、発熱したことをきっかけに寝たきり状態となり、背中に褥瘡が発生しました。従来より定期的に関わっていた、担当地区の訪問指導員より連絡を受け、訪問を開始しました。

当時は発熱のため食欲、体力の低下が激しく、妻は安静を保つために、ただじっと寝かせている状態でした。そのため、体はくの字に拘縮し、着替えも十分できておらず、寝衣、身体の汚れ、ベッドの乱れが目立ちました。おむつかぶれもひどく、陰部を中心として広範囲にただれがみられました。

私たちは、発熱等健康が障害された時でも必要なケアがあることを説明し、着替えや清拭、おむつかぶれや褥瘡の処置等を行いながら、週2回の訪問でチェックしました。

発熱は10日程で落ち着き、食欲と共に体力も回復し、おむつかぶれ、褥瘡は改善していきました。身体も細部にわたり清潔を取り戻しました。訪問の度に行う看護行為は、四肢、体幹を他動的にはあれ動かすこととなるため、拘縮は少しずつとれてきました。定期的に私たちが訪問することで、患家にもリズムが出てきたようです。最初は嫌がっていたケアも、回復と共に受け入れられるようになり、訪問を待っていてくれるまでになりました。

体力が十分回復した2月中旬、PTによるリハビリを再開し、座位訓練を始めたところ、3月に入り妻1人で車椅子移動が可能となり、3度の食事は座って自分で摂取するというように、寝たきり前の状態にほぼ戻りました。専門的リハビリは1～2週間に1回程度でしたが、初期に私たちが頻回に関わったことで、リハビリ効果がスムーズ

に現れたと考えています。

現在も週2回の訪問看護が行われており、現状を維持している状況です。このことにより、妻の介護負担は少なからず軽減し、私たちの訪問が精神的な支えとなっています。又、訪問リハビリは先に述べたように、その体制を整えた4月より、週1回ベースの訪問となり、春には6年ぶりに桜の花を見に、車椅子で屋外散歩に出るなど、生活に密着したサービスを提供しています。

このケースから痛感したことは、高齢者のリハビリは、いかに生活感を味わわせてあげるかが大切であり、その為には訓練だけがリハビリではなく、私たちの行うケアそのものがリハビリとなるのだと言うことです。

要介護高齢者のリハビリテーションは、障害度と自立度の改善できる生活を目指すために、まず介護者自身が安全、安楽となれるような、リハビリ介護システムを確立する必要があると言われてしています。そのために、高齢者が高齢者を介護するケースが増加し、介護力が低下の一途をたどる今は、徹底的に支援するシステムが必要なのだと考えます。「家族ができるように指導する」訪問看護では、もう要介護高齢者を支えることは困難となっているのです。

訪問看護は患者だけでなく、介護者のケアも重視される仕事です。訪問看護ステーションでケースに濃厚に関わっていると、ケアや訓練ということで、逆に介護者に負担をかけすぎる結果とならないよう、又、生活しているのは患者だけでなく、家族の立場も考慮した看護が必要であると思います。

しかし、介護サービスの整備が量的に不十分で、高齢者による利用は実際上大きな限界があり、当地域に限らず施設の入所待機者も多数存在しています。又、サービスの質の面においても、個々の高齢者ニーズに適切に応え、良質なサービスを受けられるような体制が整備されていない面があります。又、介護ニーズを社会的入院といった形で医療保険制度がカバーしてきましたが、それも限界に達しつつあり、要介護高齢者の行き場がなく困っています。

そのような背景のもと、公的介護保険制度が創

設されようとしていますが、その時、利用者の満足いくサービスが提供できるよう、まず私たちの役割は現在のサービスの質を低下させないことが必要です。特にリハビリテーションに限っては、生活の中で看護、介護者の適切な観察とケアが準備されていることが、高齢者の機能訓練を成功させる重要なポイントといわれているからです。

そして安定した在宅ケアの推進にあたっては、在宅サービスだけでなく、介護者がケースを安心して託せる施設サービスの充実が急がれると思います。

私たちの担当する患者のうち、施設サービスを利用した方がベターだと考えられても、諸条件が揃っていないため利用できず、介護者が疲労と戦いながら在宅を続けているケースが何例かあります。重度の寝たきり者にも対応できる専門的介護、リハビリテーション機能、入所者に対する適切なケアプランの作成、退所後の継続的な在宅介護支援を備えた施設の整備と確保が必要だと感じます。

訪問看護の形態には、私たちが行っている医療機関からの訪問看護だけでなく、自治体による訪問看護、民間による訪問看護等があります。それぞれの機関での訪問看護は少しずつ特徴が違いますが、その中で、私たちの役割は、重度の患者に積極的に対応し、質の高いケアを提供する事だと思っています。そして、ケースのニーズが充足されるように、私たちは機能しているかを常に確認しなければなりません。又、ケースのニーズを満たすために、他機関での訪問看護、福祉サービス等より多くの選択肢を提供でき、良きケアマネージャー、ケアプランナーとなれるよう努力しなければならないと思います。そのために、私たち看護職はできるかぎりケースに接し、その生活を自らの肌で感じられるよう関わっていくことが重要なのだと考えます。

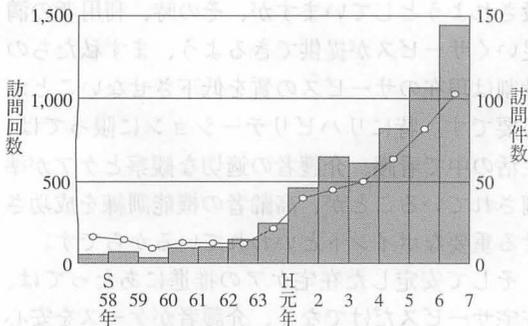


図1 訪問看護・訪問診察利用状況

疾患名	件数
脳血管疾患	39
悪性新生物	23
慢性呼吸不全	9
リウマチ	6
心疾患	5
その他	21
合計	103

図2 訪問患者の主疾患別(平成7年度)

介護者年齢構成	配偶者	嫁	娘	その他	合計
～49歳				2	2
50～59歳	2				2
60～69歳	13	3	1	3	20
70～79歳	30	7	10	1	48
80～	12	12	5	2	31
合計	57	22	16	8	103

図3 訪問患者の年齢構成と看護状況(平成7年度)

寝たきり度	サービス利用の有無		福祉サービス		合計
	利用している	利用していない	利用している	利用していない	
J	1				1
	2		1	1	
A	1				4
	2	1	3	4	
B	1	2	6	8	34
	2	16	10	26	
C	1	6	20	26	64
	2	31	7	38	
合計		56	47	103	

図4 訪問患者の寝たきり度と福祉サービス利用の有無(平成7年度)

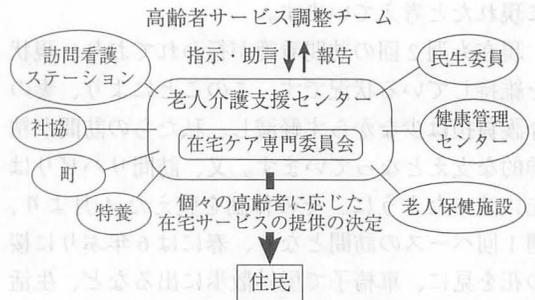


図5 在宅ケア専門委員会

表1 在宅ケア専門委員会メンバー

老人介護支援センター	MSW、保健婦
訪問看護ステーション	保健婦
三豊総合病院	医師、PT、OT
豊浜町	健康福祉課係長、保健婦
社会福祉協議会	ヘルパー
民生委員	代表1名
特養「とよはま荘」	生活指導員
老人保健施設「わたつみ苑」	相談員

表2 在宅ケア専門委員会

1. 新たなケースの紹介、検討
2. 問題のあるケースについての検討
3. 老人介護支援センターの行事についての検討
4. 町内の寝たきり者、痴呆患者の把握
在宅介護手当支給者の検討
5. 在宅ケアに関する豊浜町での施策の紹介・検討
6. 勉強会(在宅ケアに関して持回り)
7. ケアプラン作成

老人保健施設

岩田 清治

老人保健施設あいの里リハビリ苑副苑長
(理学療法士)

1. はじめに

高齢化と慢性疾患は、入院治療よりも看護や介護を必要とする寝たきりや痴呆状態の高齢者を増加させることになった。こうした寝たきり高齢者

や痴呆患者で病状が入院してまでの治療を要しない場合には、医療的処置よりも日常生活動作能力の維持・回復を目指すリハビリテーション（以下リハビリと略す）や、療養に必要な看護・介護などのサービスを提供する必要があるとされるようになった。

昭和61年12月、これら的高齢者に対して入所サービスを提供するとともに、在宅支援機能を有する施設として「老人保健施設」の創設を盛り込んだ改正老人保健法が公布され、モデル施設での実践を経て、昭和63年4月から本格的にスタートし、我が国の高齢者施設の中核として機能することを期待される存在となっている。

2. 老人保健施設とは

(1) 老人保健施設の基本理念

老人保健施設の基本理念として、①中間施設（提供サービス、施設基準）、②通過施設、③在宅支援、④QOLの向上が挙げられる。

①中間施設

老人保健施設はその創設の趣旨から、リハビリ、看護・介護を中心としたケアを必要とする寝たきり老人等に必要な医療ケアと日常生活サービスを提供し、心身の自立を支援することによって利用者を家庭に復帰させることを目的としている。そのため家庭と病院、病院と福祉施設の中間に位置する機能を有することから「中間施設」といわれる。すなわち、提供サービスは、医療機関の医療サービスプラス特別養護老人ホーム等の高齢者施設の介護サービスであり、また施設基準は、病院と福祉施設のほぼ中間的な基準確保することが義務づけられている。（表1）

②通過施設

老人保健施設は滞在型施設ではなく、リハビリや介護によるADLの維持・向上を図り家庭復帰をめざす通過施設として機能を発揮することが求められる。通過施設であることを基本理念として標榜する老人保健施設は、療養生活もできるだけ家庭に近いものでなければならない。リハビリについても、家庭復帰後の能力維持を念頭においた生活の中でのリハビリが中心となり、その実践によって高齢者のノーマライゼーションを実現する

ことがポイントとなる。

③在宅支援

老人保健施設の利用者が家庭復帰を果たしたとしても、その段階で役割が終わるわけではない。家庭復帰後の家庭での生活を維持していくためには、退所後のフォローアップが不可欠である。この在宅支援機能の確保が、老人保健施設がこれまでの高齢者施設とは異なる理念であるといえる。たとえば通所によるデイ・ケアやショートステイがそれであり、この理念の実践によって家庭介護力を補完し、家族に在宅での介護への意欲を継続させることが可能となる。

④QOLの向上

老人保健施設の基本理念は、可能なかぎり要介護高齢者に在宅での生活を継続させることにあり、このことが高齢者自身のQOLを高めることになる。たとえ障害があっても在宅で生活することがノーマライゼーションの実践ということにつながる。

老人保健施設の基本理念の実践が高齢者に生きがいを与え、生活の質の向上を目指すものであることは、ますます進展する高齢化社会にとって必要不可欠な要素である。

(2) 協力病院

老人保健施設は医療ケアの機能を有しているとはいえ、入所者の病状の急変などに備えて、施設から自動車等による移送時間が20分以内の距離にあらかじめ協力病院を定めておかなければならないとされている。また、協力歯科医療機関も定めておくよう努めることとされている。

(3) 開設主体

地方公共団体、医療法人、社会福祉法人、その他厚生大臣が認めるもの以外は開設できない。

3. 老人保健施設におけるリハビリの実践

(1) 老人保健施設対象者

A. 老人医療受給者証をもっている

①病弱な寝たきり老人

病弱：病状が安定しており入院による治療を必要としないが、医学的管理が必要な状態であること

ねたきり：ベッド上の起坐や座位保持が自力で

できない状態をいう

②病弱で寝たきりに準ずる状態

ねたきりに準ずる状態：

屋内歩行が困難な者、および歩行可能でも食事、排泄、衣服の着脱、入浴のうち2項目以上上の介護を必要とする者をいう

③痴呆性老人

痴呆のため、日常生活の自立が困難であり、かつその状態が継続すると認められるもの

*柄澤式スケール中等度以上

B. 初老期痴呆

病期において、急性発症する疾患においては、現在では回復期より関わるケースが多くなっている。当苑では脳梗塞発症後2週間目より関わった例もある。

県の「特別養護老人ホーム・老人保健施設サービス機能評価事業」の委員として他の施設を訪れる機会も多いが、各施設それぞれリハビリに対する考え、活動内容も異なる。今回はコミュニティケアを活動理念としている当法人の老人保健施設あいの里リハビリ苑におけるリハビリを紹介する。

(2) 当苑におけるリハビリの実際

当苑は、医療法人青木内科小児科医院の老人保健施設として平成5年10月1日に開設し丸3年を経過した施設である。失われた部分障害部分のみに目を向けるのではなく、その人のいい部分、残された部分に目を向けようという理念より“リハビリ苑”と命名された。クリニック併設型の老人保健施設で、リハビリ施設を共有している。

当苑では、高齢者を4段階のレベルでケアの構成を行っている。すなわち、疾病や障害に対するケア、個人の健康や生活に対するケア、家族や家庭環境に対するケア、地域や社会資源、その連携など社会活動に対するケアである。以上の重層的なケア（コミュニティケア）を一人一人の対象者に実施する。コミュニティケアを可能にするケア様態として、施設ケア、通所ケア、在宅ケアの三様態がある。老人保健施設においてもこの三様態で展開されている。

①施設ケア

利用者との関わりは入所相談より始まる。情報

を収集し、入所判定会議により入所が決定される。入所後2週間の間で各部門アセスメントを行いカンファレンスを実施し統一方針をたてる。この統一方針は可能な限り家族と共有するようにしている。そうすることにより在宅生活へスムーズに移行できる大きな要因と考えている。

当苑では、回復期における医学的リハビリが必要なケース以外は、医療機関で展開される様なりハビリセンターでの個別訓練はあまり実施していない。入所者を生活障害者ととらえ、生活場面で、生活行為を通して機能維持・向上（しているADLの拡大）、廃用症候群の予防を図る。そうすることが退所後の生活にスムーズに移行できるものと考えている。関わりには、個別的な関わりと集団的な関わりがあり、生活行為の能力アップは主として個別的関わりで社会性の拡大は主として集団的関わりで対応している。

②通所ケア

当法人には、老人保健施設のデイ・ケア以外にも2つの診療所で老人デイ・ケア、重度痴呆デイ・ケアを実施している。

デイ・ケアの意義として(1)生活のリズムを保ちながらチームケアを受けられ、十分な疾病と個人管理ができる、(2)仲間意識や社会性が確立できる、(3)食事、排泄、入浴等の生活に密着した日常生活動作の向上を図ることができる、(4)家族の介護負担の軽減や、看護・介護の学習の場となる、(5)地域連携（ボランティア、他の医療機関、福祉サービス）ができる、等考えられる。

当苑のデイ・ケアは、主として当苑利用者の在宅支援活動のひとつのサービスとして位置づけている。退所後の方針としてデイ・ケアの利用が考えられる場合、入所中より積極的にデイ・ケアに参加し仲間づくりや雰囲気慣れてもらう活動を実施している。集団での活動が多いが個別的な関わりも重視している。老人保健施設に重度痴呆加算ベッド(33)を有しているためか、他のデイ・ケアに比べて痴呆の利用者が多いのが特徴である。

午後4時から8時まで利用できるナイト・ケアも実施している。

③在宅活動

きた経緯もあり、院内において、現在でも急性期リハビリテーションから回復期リハビリテーションが主体となっている。特に、昭和58年老人保健法（老健法と略）制定頃より社会的ニーズの変化に対応して地域の保健・医療・福祉サービスの充実が図られるようになり、当院でも院内における急性期・回復期リハビリテーションから予防的リハビリテーションとして健康管理センター（平成5年創設）において肥満教室、呼吸器教室等を行うと同時に、併設された老人保健施設「わたつみ苑」において維持期リハビリテーションとして日常生活活動の維持・向上を主眼に療養型リハビリテーションを開始し、入所・退所リハビリテーションを行っている。また、老健法制定以後は訪問看護ステーション、老人介護支援センターを当院に併設し、生活リハビリテーションとしての訪問リハビリテーションを開始した。現在はまだ開始して数年であり、短い経験のため急性期・回復期から在宅リハビリテーション（生活リハビリテーション）にいたる流れはスムーズではないが漸次その機能が充実しつつあると言える。現在、地域における当院の役割である地域包括医療の一環の中ではリハビリテーションの果たす役割は非常に重要な部門との考えで取り組んでいる。リハビリテーションの現場は4つの形態（入院リハビリテーション、通院リハビリテーション、入所・通所リハビリテーションおよび訪問リハビリテーション）に従って、現在の取り組みを報告する。

1. 入院リハビリテーションは整形外科疾患の術後療法と脳血管障害を中心としたリハビリテーションに分けられる。

(1) 整形外科術後療法

100余名の整形外科入院患者のうち7割程に訓練処方が出されている。疾患別では四肢の骨折、変形性関節症が多く、特に地域の高齢化により大腿骨頸部骨折の術後、変形性膝関節症に対する人工膝関節置換術術後の後療法などが多く認められる。訓練処方は担当整形外科医が出しており、現在、整形外科医3名がリハビリテーション認定医の資格を持っている。整形外科医とリハビリテーション部門スタッフとの術前・術後カンファレン

スが行われ、どのような訓練プログラムで治療を進めていくかが検討されている。

(2) 整形外科以外のリハビリテーション（脳血管障害などが主体）

リハビリテーション医が常勤として赴任した平成8年4月以降の入院患者のリハビリテーション科紹介件数は145件（4/1～8/31）、紹介診療科別では脳神経外科が最も多く70件、内科49件、外科13件、その他13件であった。疾患別では、やはり、脳血管障害が多くを占めるが、呼吸器疾患患者に対する肺理学療法や長期臥床による廃用予防を目的とした機能訓練などを目的とした紹介も増え、高齢化によるリハビリテーション需要の増加、障害の多様化の反映が窺われる。脳卒中急性期患者（72名）に限れば、発症からリハビリテーション科紹介患者までの期間は平均3.8日、当院入院からリハビリテーション科紹介までの期間は平均2.6日で、ほとんどが1週間以内に紹介されている。原則として紹介翌日から訓練は開始されるが、急性期患者の多くは、理学療法士が直接病棟に向きベッドサイドで関節可動域訓練や座位訓練などを開始する。全身状態が落ち着いたと判断されれば、訓練室での機能訓練を進めていく。作業療法・言語療法も患者の状態・障害に応じて随時処方されている。また、隔週火曜日には脳神経外科医も参加して病棟との間で入院患者のケースカンファレンスが行われている。リハビリテーション科紹介の平均入院期間は41.1日、急性期に紹介のあった脳卒中患者に限れば平均40.1日、リハビリテーション科紹介より退院まで（入院訓練期間）を計算すると全体では平均32.5日、脳卒中患者が平均37.3日であった。リハビリテーション科紹介患者の転帰は退院患者115名のうち70名（約60%）が自宅退院、20名が転院、13名が施設入所（わたつみ苑）、12名が死亡となっているが、脳卒中患者（72名）に限ると、自宅退院は28名（47.5%）、転院12名、施設入所10名、死亡9名で、直接自宅退院される場合が5割を切る。各年代別に入院患者の転帰をみると50歳代以前は直接自宅に退院される例が多いが、高齢になると直接自宅退院される割合は減少し、転院、施設入所となる例が多く認められた。

2. 通院リハビリテーション

通院リハビリテーションは主に維持期リハビリテーションを担う。地域リハビリテーションシステムのなかで、高齢者・障害者の在宅生活を支える医療機関の重要な役割のひとつである。当院にて急性期から回復期のリハビリテーションを受け、自宅退院された患者が主な対象となる。通院訓練頻度は患者の障害程度や通院手段の確保の状態にもよるが、脳血管障害患者では退院初期は週2回から週1回程度としている。維持期リハビリテーションで状態の安定した患者では月1回の通院でも可能となる例が多い。通院期間中に機能低下、能力低下を来す患者をいかにスクリーニングし予防していくか、機能低下、能力低下を来した患者をいかに適切なリハビリテーションに移行されるかが問題である。病院内での各診療科との連携のみならず、在宅生活を支える保健・福祉をも含めた機関との連携が重要と思われる。

3. 入所・通所リハビリテーション

平成8年4月に病院併設の老人保健施設「わたつみ苑」が開設され、半年近く経った。老人保健施設におけるリハビリテーションは維持期リハビリテーションであり、通過型の施設としての機能上、日常生活動作の維持・向上に主眼が置かれている。

(1) リハビリテーション実施状況

毎日、入所者の65%程度に対して「わたつみ苑」担当の理学療法士、作業療法士各1名が個別に関与するようにしている。また、通所者は1日平均約15名で、その半数には理学療法士、作業療法士がリハビリテーションを行っている。退所前、および退所後の訪問や介護機器の導入の必要な入所者に施行し、在宅生活に移行するための拠点としての役割を果たしている。

(2) 入所前後の居所

老健開設から8月31日までに短期を含め、101名の入所者があり、入所前の居所は在宅53名、当院44名、他院3名、他施設1名であった。退所者は9月11日現在で計61名、その内退所先は自宅43名、当院12名、他院3名、他施設3名であった。

入所前に当院に入院していたもの（その多くが急性期から回復期の入院リハビリテーションを施行されていたと思われる）の内15名が自宅退院され、多くは何らかの介助量軽減が得られたと思われる。

4. 訪問リハビリテーション

在宅高齢者、障害者で通院・通所リハビリテーションを受けることの出来ない患者が対象となる。訪問リハビリテーションも維持期リハビリテーションが主体で、在宅患者の廃用予防、介護指導、住環境整備指導などが実施項目として含まれる。当院では理学療法士2名（うち1名はわたつみ苑より）が訪問リハビリテーション担当として従事（毎日午前は院内業務、午後を訪問リハビリテーションに充当）している。現在、当院では病院（健康増進部）、老人介護支援センター、老人訪問看護ステーションから訪問リハビリテーションに出ており、実施件数は多いほうから老人訪問看護ステーション、病院、老人介護支援センターの順で、合計するとひと月に50~70件程に達している。潜在的なニーズはさらに多く、今後とも実施件数はより増加してくることが予想される。訪問リハビリテーション施行患者は本年5月を例にとると20名（男性16名、女性4名）で、年齢は50代1名、60代4名、70代11名、80代4名で高齢者の比率が非常に高い。疾患は脳血管障害が15名で全体の75%を占めている。入院リハビリテーションにおけるリハビリテーション部門、各診療科、各病棟との関係と同様、訪問診療（往診）、訪問看護との緊密な連携が必要とされる。

また、特に、今後の課題として、公的介護保険の創設と高度医療との関わりをなかで、高齢化・核家族化による介護力の低下等、多くの問題を抱えた時代に、いかに地域のニーズにそくした一貫性のあるリハビリテーションシステムを形成し、提供していくかが重要であり、そのために当院のような地域中核の医療機関がどのような取り組みをして行くべきか、種々の問題点を再検討していく必要を痛感している現場から実情を含めて報告した。

分科会B—1



就労・社会参加

まとめ [座長] 菊池 達男
社会参加を援助する取り組みについて 副島 宏克
身体障害者施設の立場から 中原 悟
職域開発援助事業を実施して
—変わりつつある職業リハビリテーション— 井口 修一
雇用の立場から —吉備松下の雇用の状況— 谷本憲太郎

ま と め

座長 菊池 達男

旭川荘たかはし授産センター
松風寮寮長

障害者の人達の社会参加には、さまざまな形がありますが、最も基本になるのは自らの生活を維持するための所得を得るために職業に就くことにより社会参加を果たして行くことといえます。

特に、国際障害者年（1981年以降）を契機に、就労の概念が広義にとらえられるようになり、一般企業への雇用だけでなく、授産施設や作業所等で生産活動に従事することも就労としてとらえることが定着してきています。

また、1995年に発表された、「障害者プラン」中でも、「地域で共に生活するために」「社会自立を促進するために」といったように就労・社会参加の必要性が強調されています。

また、プランの中では、たんに働くということだけでなく、地域での活動についても重視しています。このことは、さらに障害の重い人にも昼間、通所できる場が増えていくことを意味しています。

この分科会では

- (1) さまざまな就労の形態の創出と就労を促進するための条件について
- (2) 地域での生活を援助してゆくための他の分野（機関）との連携について

の二点について、4人の演者にそれぞれの立場から発言していただいた。

副島さんは、知的障害者通所授産施設長であると共に障害者の保護者という立場から、親の意識の変革、施される福祉ではなくサービスを積極的に消費していく姿勢を強調された。中原さんは身体障害者通所授産施設の施設長の立場から、福祉的就労についての労働としてのあいまいさや身分保障等の労働条件の確立の必要性を訴えられた。

井口さんは職業リハビリテーションの分野で、現在注目されている職域開発援助事業の展開の中で、指導・訓練という従来からの発想から、就労

の場の中での援助・支援することの有効性を話された。谷本さんは重度障害者多数雇用事業所の吉備松下の障害者雇用の現状と就労安定のための職場内での支援と生活面での援助の必要性を話された。

それぞれの演者が話されたように、就労の促進については、重度の障害者にも一般雇用の可能性が拡大してきています。そして、雇用の安定のため様々な試みが各地の職業センターを中心になされ効果を上げていることが報告されました。また、福祉的就労についても身分保障等の労働条件の改善をはかっていくことも急務であるとの指摘もありました。

さらに社会参加が拡大していくためには、地域の生活を安定的に行なえるように、住む場所の確保と共に生活・健康・余暇等について日常的なサービスを必要に応じて援助・支援出来る人的ネットワークの確立が今後は重要になってくると思われました。

この分科会は就労と社会参加という広範囲なテーマで焦点が絞られなかったことや、加えて運営の不十分さ等から十分な討議が出来なかったことをお詫びしたい。



社会参加を援助する 取り組みについて

副島 宏克

広島県因島であいの家施設長

1. 保護者の意識改革

- (1) 施設依存型から地域中心型へ
 - ①本人は地域での生活を望んでいる→生活する場は地域
 - ②親の安心の為に施設入所を親が決めるのはおかしい→本人が納得して利用する
 - ③施設は必要な時に必要な時間利用するもの
- (2) 親主体的考えから本人主体的な取り組みへ
 - ①子の親ばなれ 親の子ばなれ—本人の自力を妨害するのは親

- ②本人が選んで決める—本人の責任の一部負担も必要

||

本人への信頼につながる

- (3) 施しの福祉からの脱皮—施しを受ける暮らしでは生活の質の向上はない

- ①福祉サービスは利用する側と提供する側が対等の立場で取引をする必要がある
 ②福祉サービスは選んで利用するもの
 ③福祉サービスは苦情を言ってもよい
 ④福祉サービスを買って利用するそういう福祉もあってよいことで生活の質を向上させる工夫をする

- ・地域生活支援
- ・ヘルパー

- (4) 就労へのためらいからの脱出

- ①我が子は重度だ 親が居なければ何もできない 親に代わられるのは入所施設という考え
 ②失敗のこわさ—親の安心保障

2. 地域への取り組み

- (1) 地域親の会との連携

- ◎親の会の取り組みと法人の取り組みの協力

- ①小規模作業所 ①通所授産施設
 ②生活ホーム ②グループホーム
 ③地域生活支援センター—③ヘルパー

連携

- ◎親の会と連携した地域活動

- ①文化活動を通して新しい層の理解者を開拓する
 おまつり、コンサート、映画会、バザー
 (福祉色のないもの)

- ◎学校との連携

- ①保育所の園外保育時の交流
 ②小学生への木工教室
 ③中学・高校の作業実習の場
 ④卒業後の進路の応援—体験入所、相談

- (2) 地域の社会資源の活用—自己完結的な取り組みはしない

- ①夏のプール、老人デイサービスセンターの入浴、市民会館での展示(1996まなびメッセ)、学校の体育館

- ②施設の地域利用

いきいき絵画教室、おし花教室、コンサート

- (3) 地域をまきこんだ生活支援システムの確立

- ①地域生活支援センターの取り組み—親の会支援者—有料登録ボランティア
 (現在34名 たんぽぽの会)

- ②社協のヘルパーとの協力・連携(地域の女性の力)

瀬戸団社協 因島社協

- ③市の保健婦との協力、医療(訪問看護)との協力

3. 施設の取り組みに期待すること—地域へ向かって目を向ける

- (1) 働く場を地域の中に

- ①市の委託事業をうけて地域の中で仕事をする姿をとうして
 地域人との交流を! 公園清掃、公民館清掃、
 || 公衆便所清掃、駐車場、パーキング
 古い障害者観をふしょく

- (2) 施設の地域貢献

- ①地域環境美化運動—アルミ缶作業(回収は市民の手で)
 ②ゴミ対策—生ゴミリサイクル肥料(資源の再利用)
 ③地区の清掃作業—それぞれの拠点で
 ④施設の社会化—地域の財産に加えてもらう
 書・絵画の個展、音楽会の会場、サークル教室の会場
 ⑤老人給食サービス
 民生委員との協力

- (3) 福祉サービスメニューの拡大⇒企業での体験実習の取り組み

- ①多様な生き方、働き方の選択肢をそろえる
 ②「措置」指導の姿勢からサービス提供へ
 ③有料なサービスをそろえて利用できるようにする
 レスピットを含んだショートステイ、ガイドヘルパー、送迎サービス、援助付雇用、企業実習体験、宿泊体験、余暇援助

- (4) 親の期待を裏切らない施設の取り組み

- ①施設は「利用者の為のもの」であるという施

設の本質を失わない

②地域の取り組みは親といっしょの方が効果があがる

そのためにはまず親に安心感を与える

||

一生つき合います 面倒見ます



身体障害者施設の立場から

中原 悟

すずめ共同作業所所長

はじめに：

すずめ共同作業所は、「たとえ明日食べることに困ってもいいから、自分たちが生きていけると実感できる生き方をしたい」と願う4人の若者達が中心となって、1975年11月17日に発足しました。21年が経過しました。この間、10年間を無認可で、11年間を現在の認可施設で実践を続けています。このあと作業所の概要をご紹介したあと、授産施設の抱えている課題と、「社会参加」の意味合いを私なりに考えていることをお話して、丁度15分で終了するよう努めたいと思います。

1. すずめ共同作業所の概要説明

(1) 作業種目と年間収入そして工賃

収入 (95年度)

作業種目は、

印刷：(凸版印刷、オフセット印刷) 収入の柱
9,470,000円

陶芸：(干支の土鈴、花瓶、湯飲みなど)
2,001,000円

ピンチ：(大型、中型、紐付き) 436,000円

下請：(牛乳パック、造花、割り箸の袋入れなど)
379,000円

計12,286,000円

工賃：メンバーの障害、能力が多様なため 支給
ランクが10段階

ランク10 1,300円 (平均基本給)

5 7,300円 ()

1 25,500円 ()

(2) メンバー及び職員構成

メンバー：定員20名 実員23名

職員：配置7名 実員8名

(入所者処遇特別加算による)

(3) クラブ、トレーニング活動の取り組み

目的：楽しみながら身体を使い健康の増進を図ること、さまざまな体験を通して経験を豊かにすること。

内容：4班に編成し、各班で1年間のメニューを決め、実施する。年間の予算は、一人当たり12,000円。第2火曜日と第4水曜日の1時から4時まで実施する。但し、年間3日間は、1日コースとする。

メニューの一例) ドライブ グルメツアー 散歩 ボーリングビデオ鑑賞 映画鑑賞 競馬 パチンコ 競輪 温泉 史跡めぐり 等

2. 就労の面から授産施設の抱える問題点について

いま説明しましたように、作業収入の面でも、工賃の支給ランクの面でも、およそ「経済的自立」は困難な状態です。それは、メンバーの障害の重複、重度化などの実態があることもそうですが、もともとの作業活動が、一般市場競争のもとにおかれていることが、最大の原因だと思っています。規模的にも、設備的にも小さな施設がどんなに頑張っても、「経済的自立」のできる工賃の支給は困難です。また、例え自立できる一定の額の工賃の支給ができたとしても、授産施設(今は「社会就労センター」といっていますが)に在籍している限り、労働者としての身分保障はないのです。福祉の対象のままなのです。

一般雇用に結びつかない、或いは結びつきにくいと思われる人達が、授産施設に多くいます。すずめ共同作業所もそのひとつです。出口はほとんどありません。このままでいいのでしょうか。私は今、この制度そのものに、非常に危機感を持っています。

欧米では、既に定着している「保護雇用制度」がなぜに日本にはないのでしょうか。保護雇用的

可能)。

(注) この事業は、平成4年度から始まり、年度毎に実施地域を拡大している。平成8年度には、全国32都道府県で実施している。

3. 職域開発援助事業の手法について

(1) 従来の能力開発方法との比較(表1参照)

特別な教育的環境において能力開発をすすめる職業準備訓練型と職域開発援助事業を概観すると、

- ①訓練目標の範囲と方法的考え方に違いがある(汎用性と効率性)、
- ②職域開発援助事業では、職業リハビリテーション従事者と事業所担当者が協力して援助を行う体制をくみ(特別な支援から職場での援助への移行)、事業所への援助が統合されている(環境調整型支援)、
- ③職業準備訓練型は教育的環境を比較的柔軟に操作できるが、職域開発援助事業では環境操作は制約が伴う、などの違いがある。

(2) 職域開発援助事業の支援モデル(図1参照)

◇支援は対象者と事業所の2つの方向をもち、支援過程の中で就職・雇用を目指した両者のニーズの調整を行う働きをもつ。

◇両者に対する支援技法に新しさはないが、両者への支援を統合した点に新しさがある。

4. 職域開発援助事業の実施結果

(1) 実施結果

表2 徳島障害者職業センター実施状況
(平成7年7月～平成8年9月末現在)

対象者(修了者)	就職者	就職率
23人(21人)	20人	87.0%
(修了者95.2%)		
うち身体障害者	2人(2人)	2人
知的障害者	17人(16人)	15人
精神障害者	3人(2人)	2人
その他	1人(1人)	1人

(2) 結果の検討(事業の長所)

- ①就職が容易でない障害者の就職(雇用)においては、対象者と事業所との双方に同時に一体的に支援を行う方法が効果的である。

②ジョブコーチ(生活支援パートナー)が行う特別な支援が、職場での周囲からの自然な支援を醸成する働きがある。

③センターが必要に応じ対象者と事業所双方のニーズを調整することができる。

④ジョブコーチの存在が対象者の様々な心理的負担を軽減する働きがある。

⑤動機付けのための目標が具体的であり、獲得した技能がそのまま生かせる。

5. まとめと今後の課題

- (1) 職域開発援助事業は比較的新しい職業リハビリテーションサービスであるが、部分的に見ると従来から実施している手法によるものである。むしろ今まで別々に実施してきた手法やサービスをほとんど統合した点に新しさがある。
- (2) 全国の実施状況等から、障害種類にかかわらず就職が容易でない障害者の就職(雇用)に有効であることがある程度実証された。
- (3) この事業のサービスの仕組みが障害者の就職(雇用)に有効であることは一応実証されたと思うが、問題は定着率にある。我々の技量が試されるのは実は定着率であると考えている。
- (4) そのためには、障害者に対する支援はもとより、事業所への支援技術を高め、重度障害者の働きやすい環境づくりに一層努める必要がある。
- (5) さらに、障害者雇用に不安や抵抗をもつ事業所を理解のある事業所に変えていく役割を果たしていきたい。

表1 障害者能力開発方法の比較

項目	職業準備訓練型	職場適応訓練	職域開発援助事業
① 環境	模擬的な職場環境	雇用予約のある職場	雇用可能性のある職場
② 方法	模擬的OJT主体	OJT	支援付きOJT
③ 対象	基本的能力を習得する必要がある知的障害者等 集団型（部分的に個別対応）	職場の作業環境に適応するための訓練が必要な障害者等 個別型	職場に適応するための支援付き訓練が必要な重度障害者等 個別型
④ 期間	8週間	6ヵ月以内又は1年以内	4ヵ月以内又は7ヵ月以内 （必要に応じ1ヵ月の延長可能）
⑤ カリキュラム	定型型	個別型	
⑥ 指導者	指導員	職場の担当者	技術支援パートナー（職場の担当者）及び生活支援パートナー（障害者職業センター職員）
⑦ 訓練目標とその考え方	一般的に必要なとされる技能の習得 教育的環境の中で基本的な技能を習得し、その成果を職場で応用させる。	その職場に必要な技能の習得 重度障害者等にとっては、ある場面で習得した技能が他の環境で般化（応用）しにくい面をもつこと、また障害による制約を考えると可能性のある職場で必要な技能を習得する方が現実的である。	
⑧ 事業所への援助	なし （就職段階での援助は別途行う。）	事業所委託型ではあるが、状況に応じ援助が行われる。 委託費の支給	環境調整型援助が日常的に行われる。 委託費の支給
⑨ 環境設定	比較的柔軟に作業や具体的目標を操作できる。	環境の変更は困難が大きい。	環境の変更は困難が大きい が、事業所との協議は可能。
⑩ 雇用予約	なし	あり	なし

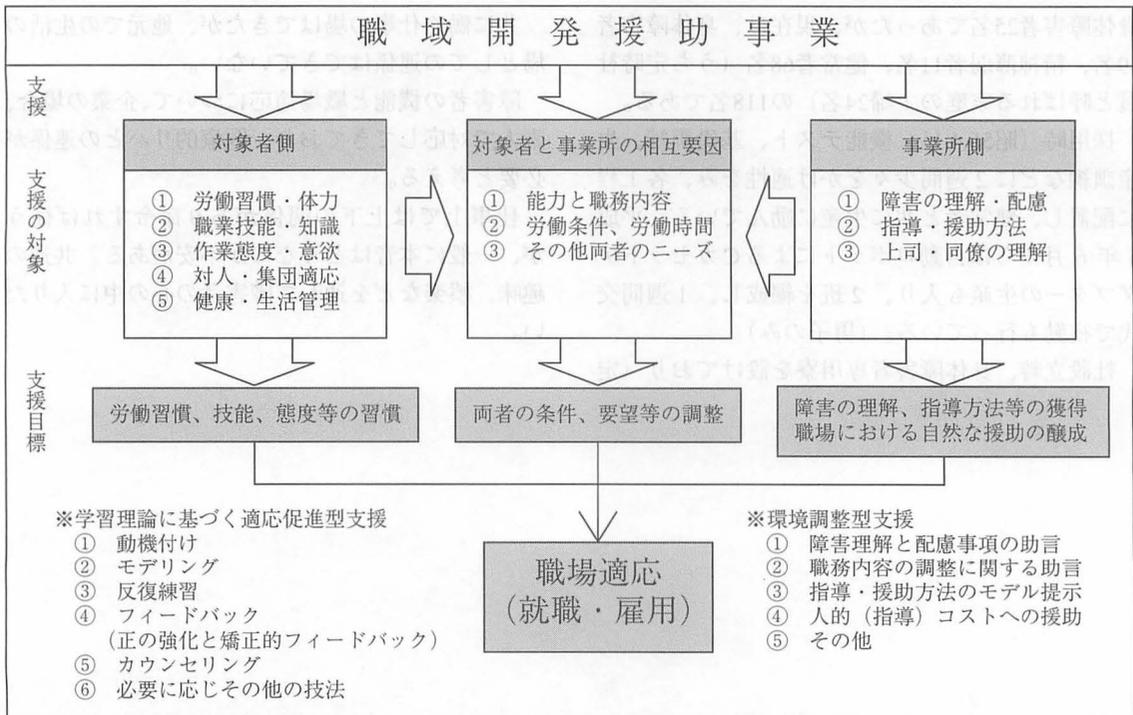


図1 職域開発援助事業の支援モデル

雇用の立場から

—吉備松下の雇用の状況—

谷本憲太郎

吉備松下総務部長

私の会社は、岡山県の中央部に整備中の吉備高原都市の保健福祉のむらの一角にある。

昭和55年10月に、岡山県と地元の加茂川町、賀陽町と松下電器産業(株)の四者による第三セクターにより設立された重度障害者多数雇用事業所であり、身体障害者雇用促進法による松下電器の特例子会社である。

仕事は、松下電器ビデオ事業部の岡山工場から発注を受け、ビデオ関連部品を流れ作業で組立加工し、納品するというものである。

したがって、雇用される障害者は下肢障害者が中心であったが、昭和59年から精神薄弱者の雇用を始めている。

従業員は、操業開始(昭56.5.1)、68名で、うち身体障害者25名であったが、現在は、身体障害者39名、精神薄弱者11名、健常者68名(うち定時社員と呼ばれる家庭の主婦24名)の118名である。

採用時(昭56.4.1)、機能テスト、基礎訓練、生産訓練などに2週間少々をかけ適性をみ、各工程に配置し、健常者と共に生産に励んでいる。平成6年6月からは自動ロボットによるCカセットアダプターの生産も入り、2班を編成し、1週間交代で夜勤も行っている。(男子のみ)

社設立時、身体障害者専用寮を設けており(定

員24名)、また重度身体障害者の従業員の確保のため、西日本一帯から募集しており、大阪から鹿児島までの出身者が集まり、採用25名のうち22名が入寮した。現在身体障害者39名中19名が在寮し、寮管理人が生活指導、援助を行っているが、1年でも早く完全独立を目指すよう、入寮後20年又は45歳までには自主退寮するよう期限を設けている。公営住宅、アパート、新築などで独立していた者もいるが、現状では落ち着く先の住宅がないのが、一つの課題である。

健康管理については、当初から健康管理室を設け、看護婦を採用し、産業医として当初は地元の開業医に、現在は吉備高原医療リハセンターの院長にお願いし、環境としては良い状況にあるが、褥瘡については手をやいており、常時数人が罹っている。

またスポーツについては、ハード・ソフトにわたり支援を行い奨励しているが、心・身両面の健康管理に役立つばかりでなく、競争心や積極性、視野の拡大にも役立っており、就労面でもプラスとなっている。

共に働く仕事の間はできたが、地元での生活の間としての関係はできていない。

障害者の機能と職場適応について、企業の場合、素人に対応してきており、医療的リハとの関係が必要と考える。

仕事上では上下の関係があり命令すれば従うが、一般に本音はどうか不安がある。共通の趣味、娯楽などを通して障害者の心の中に入りたい。

分科会B—2



福祉用具・住宅改造

- まとめ [座長] 高山 忠雄
福祉用具研究開発の現状と将来の展望 奥 英久
福祉用具の活用に向けた政策について 後藤 芳一
利用者からみた福祉用具の有効性と問題点
—ひとにやさしい福祉用具への期待— 舟木美砂子
高齢者・障害者の自立支援としての住宅改造
—福祉機器の有効活用化への環境整備— 山田 藏

ま と め

座長 高山 忠雄
岡山県立大学教授

原稿未着



福祉用具研究開発の 現状と将来の展望

奥 英久
岡山理科大学工学部教授

紹介いただきました岡山理科大学の奥と申します。この分科会のトップバッターということで、福祉用具の研究開発について、その経過を述べるとともに、現状と今後の展開について考えてみたいと思います。

お話する内容ですが、まず福祉用具と工学に関連、すなわち、工学や技術がリハビリテーションや福祉の分野に役立つようになった経過とリハビリテーションとの関連について説明します。次に、このような背景をもとにした欧米とわが国における福祉用具の研究開発経過と、その後における技術支援の考え方の転換についてお話しします。そして、福祉工学との関連を交えながら今後の福祉用具開発について述べ、まとめにしたいと思います。

どの分野でもそうだと思いますが、一つの研究分野の誕生には、学術的な背景と社会的な背景があると言えます。障害者と高齢者を支援する工学・技術の場合にも同様の背景を見ることが出来ます。まず学術的背景としては、無生物を対象とする研究分野と生物すなわち生体を対象とした研究分野が、機械で生物を模倣したり生物の機能の一部を機械で代行するなどの新しい研究分野を生み出しました。この分野の中で主として医療に関連する部分が医用工学(Medical Engineering: ME)で障害者の支援に関連する部分がリハビリテーション工学(Rehabilitation Engineering: RE)とい

う形で誕生してきたと考えられています。

一方、社会的背景としては、戦争により発生した傷痍軍人への支援やサリドマイドなどの薬害で発生した障害児への支援、最近では高齢社会への対応などをあげることができます。

一方、障害の定義やリハビリテーションの流れという観点から福祉用具の役割を考えますと、基本的には怪我をしたり病気になった時点で医学的分野からリハビリテーションがスタートし、「能力障害」から「社会的不利」など障害内容の変化に応じて必要な分野のリハビリテーションを行い、それぞれに適した社会生活を行うという図式を示すことができます。高齢者の場合には、疾病や外傷以外に年齢を重ねることによる心身機能の低下が生じることがありますので、必要に応じたリハビリテーションを受けることとなります。この流れを福祉用具の観点から見ますと、医学的リハビリテーションの分野では、診断・治療・評価・訓練、そして義手・義足・装具・車椅子に代表される補装具などが対象となります。これに対して、他のリハビリテーション領域では、様々な機器やシステムが必要になります。例えば、社会的リハビリテーション領域では、日常生活を中心とした社会生活で必要な様々な機器やシステムが福祉用具的に使用できることが必要になります。

このような背景で誕生したリハビリテーション工学ですが、各国でのこれまでの発展経過を、アメリカ・ヨーロッパおよび日本についてご説明することにします。

アメリカでは、国家的な規模としては第2次世界大戦が終了した1945年から傷痍軍人に対する補装具や感覚補助装置に関する研究開発がスタートしました。そして、1966年から5年かけて、以後のこの分野の研究開発と工学技術の利用をいかに進めるべきかについて検討が行われ、1971年に報告書が出されました。この報告書に基づき、翌1972年から全米各地にリハビリテーション工学センターが設置され始めた訳です。

1979年には、RESNA (Rehabilitation Engineering Society of North America、レズナと発音)が、この分野の情報交換や学術研究を行うための団体として、世界に先駆けて設立されました。

一方、具体的な機器開発とは異なりますが、法律の整備による支援も行われており、1973年には、それまでの職業リハビリテーション法を改正し、障害者の支援と差別の撤廃およびリハビリテーションの促進について詳しく規定した「リハビリテーション法」が施行されています。この法律は、その後何度か改正されていますが、1986年にその一環として第508条項が追加されています。これは、政府と連邦政府、および政府から補助金を得ている機関や企業などでは、障害者が使用できる電子事務機器（コンピュータなど）が設置されていないことを理由に障害者の雇用を妨げてはならないという内容です。これは障害者のアクセスを電子事務機器を対象として法律で規定したのですが、これが社会全般に展開されたのが1990年に制定されたADAであると言えます。ADAについては皆さんよくご存知と思いますが、福祉用具の研究開発面では、以前に設置されたリハビリテーション工学センター以外に、この分野でアクティブな大学や研究機関を一定期間リハビリテーション工学センターとして指定して資金供与により支援しています。

一方、ヨーロッパにおいても第2次世界大戦後から各国で障害者支援策が開始されてきましたが、ここでは国ごとの展開については省略し、ヨーロッパ全体の動向を簡単にご紹介します。ヨーロッパの総人口は3億人ないし4億人ですが、個々の国々では数百万人から数千万人規模で、イギリスが約5,700万人、統一後のドイツにおいても約7,800万人程度であります。このため、第2次世界大戦が終結してから10年も経過しない内に様々な協力が開始され、1952年に欧州石炭共同体、1958年に欧州経済共同体および欧州原子力共同体が設立され、これら3つの共同体の機構が統合される形で、1967年に欧州共同体（European Community、EC）が誕生しています。1971年からは略してCOST（コストと発音）と呼ばれる「科学技術研究における欧州協力」というEC加盟国共同プロジェクトがスタートしております。その一つとして、障害者と高齢者の社会統合のための支援を目標としたTIDEプロジェクトがあります。TIDEとは「Technology Initiative for the

Disabled and Elderly」の略で、障害者と高齢者の自立と社会参加のための福祉機器の開発とヨーロッパ市場における福祉機器とサービスの改善のための研究開発プロジェクトです。このプロジェクトが誕生した背景としては、この分野においてアメリカや日本に対抗して市場を守るためと、欧州における高齢社会への対応という差し迫ったニーズがあります。現在までにパイロットフェーズとブリッジフェーズという2段階の研究期間が終了しています。

一方、わが国における障害者支援の経過ですが、国家的な規模で行われたのは、サリドマイドの子供達に対する動力義手の研究開発プロジェクトが最初であると言われています。その後、1970年前後に、リハビリテーション工学関連研究機関や工学部門を有するリハビリテーションセンターが各地に設置され始めました。このため、この頃の福祉用具の研究開発の目標は医学的なリハビリテーションを中心とした機能回復が中心となり、義肢や車椅子などの補装具が主な対象となっていました。その後、リハビリテーションの対象がより重度な障害者を対象として展開していくに従って、機能回復から生活の質向上を目指した機器開発は行われるようになってきました。1980年代に入ると、1981年の国際障害者年および、1983年からスタートした国連・障害者の10年に加えて、コンピュータ技術の飛躍的發展もあり、福祉用具の研究開発が積極的に行われるようになってきました。この頃には、わが国で福祉やリハビリテーションに関連するシンポジウムが数多く開催されており、この中で「障害者の完全参加と平等」が提唱され、「障害者の自立と支援」が課題として示されてきました。そして、1986年には福祉用具の研究開発に携わるエンジニアによりリハビリテーション工学協会が設立されました。1990年代になりますと、新しい動きが始まりました。その手始めとして、アメリカでのリハビリテーション法の改正（508条項の追加）に刺激を受けて、コンピュータを中心とした情報処理機器をアクセシブルにするためのガイドラインが情報処理機器アクセシビリティ指針として通産省において策定され公布されています。また、高齢社会の到来を踏まえ

て、医療福祉の形態が病院・施設型から地域・在宅型へと転換されはじめ、これを促進するための各種の福祉関連法が改正されたのもこの頃であります。福祉用具開発の面では、1993年に福祉用具法、正式には「福祉用具の研究開発および普及の促進に関する法律」が、通産省と厚生省の共管により制定されております。これは、通産・厚生のある各省庁の指定団体が福祉用具の研究開発と普及を積極的に図ることを目的として活動を行うというものです。これにつきましては、後ほど後藤室長から詳しく御紹介があると思います。

福祉用具の研究開発経過について、我が国を含む各国の経過を簡単にご紹介しました。その中でも述べたように、1990年代になりますと、障害者への支援が高齢化社会及び高齢社会の到来により飛躍的に加速していると言えます。これに伴い、工学・技術からの支援も新しい展開を迎えています。例えば、障害者や高齢者への支援も、社会生活に必要な身体機能の不足分を補うために福祉機器を開発すると言うだけではなく、社会生活に必要な機能を下げる（少なくする）というような考え方も普及しつつあります。福祉のまちづくりに見られるような社会のインフラ整備がこの一環であるといえます。

福祉用具の開発については、少し前までは3種類の方法が採られていました。一つは専用機器で、義肢装具や車椅子のように障害を持つ人が専用にする機器やシステムです。これに対して、一般の機器については、障害者なども使えるようなスペックで設計したり、インタフェースを用いるなどの方法がわずかですが行われていました。この方法が概念的に整理されたのが共用品という考え方で、障害を持つ人も持たない人も共に使えるように機器やシステムを設計するというものです。同じ意味が、ヨーロッパではDesign for All（万人のための設計）アメリカではUniversal Design（普遍的な設計）と呼ばれています。

このように、福祉用具を開発するための工学・技術の応用範囲が少しずつ拡大してきたことがわかり頂けると思います。このことは、この分野の従来からの名称であるリハビリテーション工学が福祉工学へと名称が変わりつつあることにも見

ることが出来ます。この理由としては、一つには工学・技術的な支援がリハビリテーション以外の場面でも必要とされているということと、工学だけではなく工学の成果である技術を提供している、その意味をもつAssistiveという言葉の方がふさわしいという考え方によるものです。このことは、従来からリハビリテーション工学を対象としている代表的な欧米の団体であるRESNA（北米）、AAATE（欧州）、ARATA（豪州）の名称にAssistiveという用語が使用されていることから示すことができます。

以上、福祉用具開発の経過と現状を簡単にご紹介しましたが、最後にまとめておきたいと思えます。福祉用具開発の基本的考え方ですが、目的は言うまでもなく、高齢者・障害者の工学的支援であります。しかし、その内容は、単なる機能回復を目的としたものだけではなく、生活の質を向上させるものへと転換していると言えます。さらに、生活環境との調和が求められ、特殊なものより一般的なものが求められるようになってきました。そして、開発から実用化へのスムーズな流れを組み立てられるように、市場メカニズムに適した開発方法が求められています。これらの要素としては、ユーザーの特性やニーズは勿論ですが、支援のための工学技術の役割を明確化することや、生産システムおよび市場なども含まれます。これらの内容については今後も議論が行われることと思えますが、福祉用具の含む範囲が以前に比べて生活環境全般を対象とした幅広い内容に展開しつつあることを述べ、まとめにさせていただきます。

福祉用具の活用に向けた 政策について

後藤 芳一

通商産業省機械情報産業局医療
福祉機器産業室長

1. 福祉用具への期待

福祉サービスの向上は、高齢化やノーマライゼ

ーションの理念の実践に向けた緊急の課題です。

福祉サービスの「対象」は高齢者や障害者から、一時的な障害者まで拡大し、サービス「内容」も介護力支援から、就労、スポーツ、娯楽など自立、自己表現、社会参加へと拡大中です。

これらニーズの拡大と機器の実用性向上で、福祉用具の社会資源の中での存在感も増しています。

2. 福祉用具をめぐる課題

一方、課題も多いように思われます。

例えば、

- ①高齢者や障害者のニーズ対応の機能の追求
 - ②費用対効果や選択の幅、品質といった「商品」としての資質の向上
- の両者は「車の両輪」の関係にありながら、従来は①に傾斜し、②には改善の余地を残しているように思われます。

その背景には、

- ①市場に公的主体依存が強く、利用者指向や主体的対応マインドが不足
- ②産業構造が未熟で業界側の経営資源が不足し、横断的対応も遅延
- ③市場構造の未熟さから、市場が福祉用具を高度化させる機能を十分活用できていないことが指摘されています。

3. 対応の方向

ニーズの緊急性と、公的支援制度が有効に機能するためにも、産業界の役割が期待されます。上に述べた、「商品としての資質」も、産業界の対応によって向上が期待されます。

他方、産業界の取り組みの本格化には、環境整備も重要です。

これには、

- ①取り組みの障害の除去
- ②市場構造の改善

がポイントではないかと思われます。

特に②は、利用者の満足を得る優れた福祉用具が、より合理的な方法で提供されるよう、適切な市場原理が導入されることで実現されるものと考えられます。

利用範囲の拡大によって、福祉用具は日常生活を支える、より一般的な「道具」としての性格を強めています。

こうした状況から、従来以上に、「利用者志向」が要求されるものと予想されます。

4. 政府の取り組み

「福祉用具法」の施行（平成5年10月）を契機に、政府の取り組みも本格化しています。

通商産業省でも、福祉機器の技術開発の支援に加え、7年6月には医療機器・福祉機器産業室（8年7月に現名称に変更）を設置、「福祉用具センター」（仮称）構想、ウェルフェアテクノハウス等を展開中です。

8年4月には「福祉用具産業懇談会」（機械情報産業局長の懇談会）を設け、福祉用具に係る産業政策のあり方を議論、8月には第1次中間報告「福祉用具産業政策の基本的方向について」が公表されました。

5. おわりに

地域での取り組みも活発化し、また、8年6月には「日本健康福祉用具工業会」（約190社のほか、行政や中間ユーザなどが参加）が発足しています。評価、標準化などの取り組みが進められており、産業界の主体的・横断的な対応が始まったものと、今後の成果を期待しております。

今後の福祉用具には、福祉分野での閉じた役割から、経済性や社会性などのオープンなシステムでの役割が期待されます。その際、よりオープンかつ透明な市場のもと、幅広い知見と資源を当分野に活用するのが重要と考えております。

当省も以上のような視点で、一層積極的な産業政策の展開を期しております。

各位の引き続きのご理解とご協力をお願いする次第です。

【参 考】

別紙の図の出典は、以下の文献です。

1. 「福祉用具産業懇談会第1次中間報告」（通産省機械情報産業局編、日本健康福祉用具工業会）
2. 「福祉用具の明日を拓く一新規参入ガイドブ

ックー」(斉藤正男監修、環境新聞社)
 3. 「福祉用具の明日を拓くⅡ—事業展開のチェックポイント—」(通産省機械情報産業局監修、

環境新聞社)
 4. 「(月刊)機械振興—特集/福祉機器産業—」(財機振興協会、96年7月号)

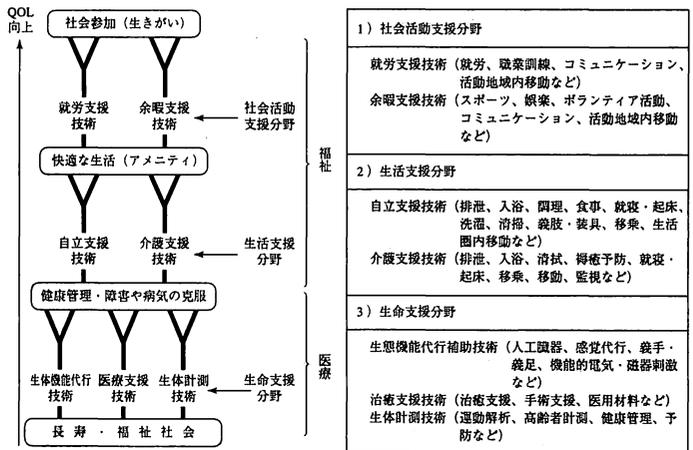
NEDO-15V1-4010

福祉用具法
 (福祉用具の開発と普及に関する法律)

- ・平成5年10月1日 施行
- ・厚生省/通産産業省
- ・障害者/高齢者/介護支援
福祉用具の開発・普及
- ・NEDO「医療福祉機器センター」
 ↓
 新エネルギー・産業技術総合開発機構

長寿・福祉社会を支える技術とQOL

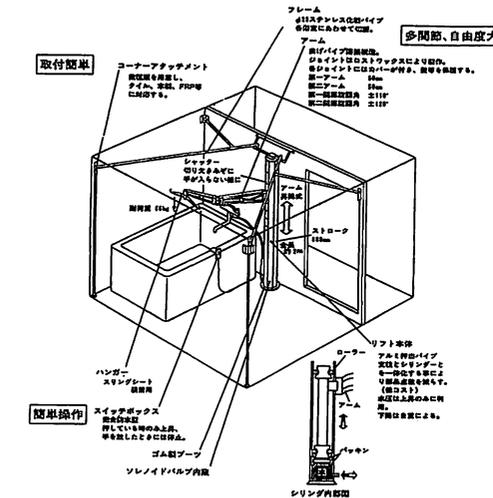
社会活動・生活・生命支援技術



1) 社会活動支援分野
就労支援技術 (就労、職業訓練、コミュニケーション、活動地域内移動など)
余暇支援技術 (スポーツ、娯楽、ボランティア活動、コミュニケーション、活動地域内移動など)
2) 生活支援分野
自立支援技術 (排泄、入浴、調理、食事、就寝・起床、洗濯、清掃、義肢・装具、移乗、生活圏内移動など)
介護支援技術 (排泄、入浴、清拭、褥瘡予防、就寝・起床、移乗、移動、監視など)
3) 生命支援分野
生体機能代行補助技術 (人工臓器、感覚代行、義手・義足、機能的電気・磁気刺激など)
治療支援技術 (治療支援、手術支援、医用材料など)
生体計測技術 (運動解析、高齢者計測、健康管理、予防など)

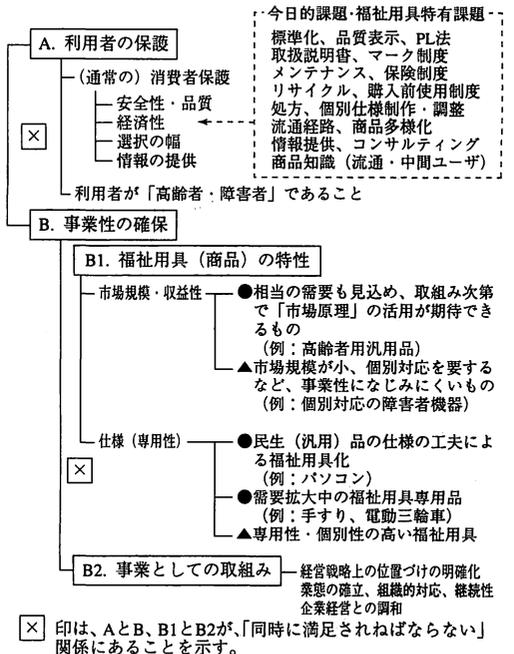
在宅介護用入浴リフトの開発

入浴介護の負担を軽減し楽しい入浴の時を過ごす事を目的として福祉用具法通産省NEDOの助成を得て開発した安全で使いやすく、価格も手ごろな在宅介護用リフトです。



開発センター
 福祉設備機器等開発グループ
 TEL. 0465-35-1155

【図「市場原理」活用の前提条件】 NEDO-07V4Z-5510

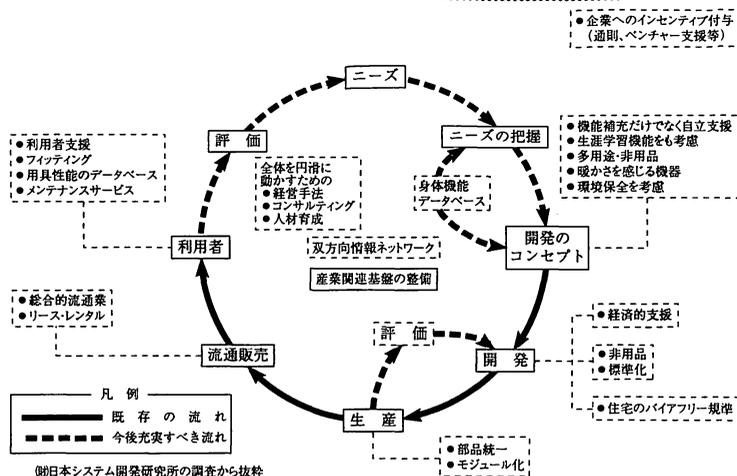


福祉用具産業のライフサイクル上の位置

NITI-40VA5Y-6522

	【生成期】	【成長期】	【移行期】	【成熟期】
市場の概要	ニーズ量的に少なく、潜在的ニーズの把握・対応ができていない 利用者のよる評価の需要へのフィードバックなし	高齢化で利用者数↑、認知度↑ ニーズが顕在化→需要拡大 消費者の「品質」の取扱いが拡大 需要水準高直化 利用者満足度・業界収益が向上 安全性・適合性向上へ関心	経銷手法・体制の確立 （「福祉用具センター」） 市場開拓の専攻 自治体・福祉・介護システムの確立 人材育成・販売システム	市場への働きかけ（誘導） インフラ整備（情報化等） 取引の体系・共有化 人材の充実 評価システムと製造・流通のリンク 自治体との連携・協力
提供する福祉用具・サービスの内容	基本的なADL中心 直営の備品・サービス用品 （例：初期の車椅子） 輸入品・概念導入中心	ADL拡大+QOL 利用範囲拡大、新概念機器 福祉（用具）の範囲・定義拡大 商品ライン拡大	社会資源として位置確立 費用対効果、選択性の↑ モジュール化・非用品の普及	QOL（自立、社会参加、介護力支援） 利用環境との調和（住居、まち） 利用者の外縁拡大（健康高齢者、高齢者） ワンストップサービス
競争環境と対応（差別化の要因）	競争は少ない 基本的な機能による訴求 （社内）内部要因（品質、販路）が競争力を決定	競争拡大 機能、経済性で差別化 川下のバイキングパワー拡大 業間競争へ	競争激化 デザイン、顧客支援、ブランド 価格/品質競争	総合的な経営資源の運用 業界構造（シェア等）が成熟・安定 周辺関連市場の開拓、深耕 国際市場展開
製造業をめぐって	専門企業が「特殊仕様」として福祉対応（例：ベッド） 中心・ベンチャーが専門品を供給（例：高知システム） 兼業や兼業中心	福祉セクタへ自立 模倣化、規格化 業界組織による横断的対応 兼業組織から参入増加 地域での取組み拡大	事業性・事業分野の確立 兼業・シェア化 他の産業分野との融合化 専業化の比重の拡大	双方情報化・環境対応 製造、メンテナンスを含む総合機能高度化 規格の国際調和、国際共同開発 製造プロセスの融合化 （訪問サービス、住居改造） 集積（製造拠点）の形成
流通業をめぐって	品揃え目的（例：院内薬局） 中小規模の小売店が増加 （例：介護ショップ） 物販のみ単独型が中心 生業中心	新業態の参入、比重の拡大 （例：薬局、雑貨店、新形店舗） 店舗形態多様化（例：高知社入） 公共的活用で事業性確立 大手と零細の2層分化	参入化 新業態が「即」課題を解決 訪問サービスの融合化 （訪問サービス、住居改造） リサイクル 自由市場での事業性確立	業間競争と棲み分け 基幹的業態に適合 サービス総合的連携 （訪問サービス、住居改造） 関連サービスの事業性確立

福祉用具が「産業」としての発展基盤を構築するのは、下の各機能システムとして有効に連携し、繋ぐことが必要。



「商品性」：
費用対効果、デザイン、選択の幅

両方をバランスさせること
「適合性」：
高断者や障者者の個別のニーズに、「きめ細かく」対応を

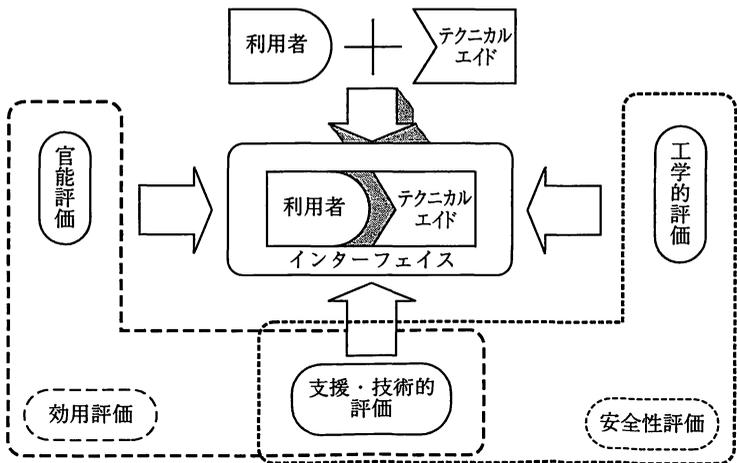
その背景には、...
適合性 > 商品性

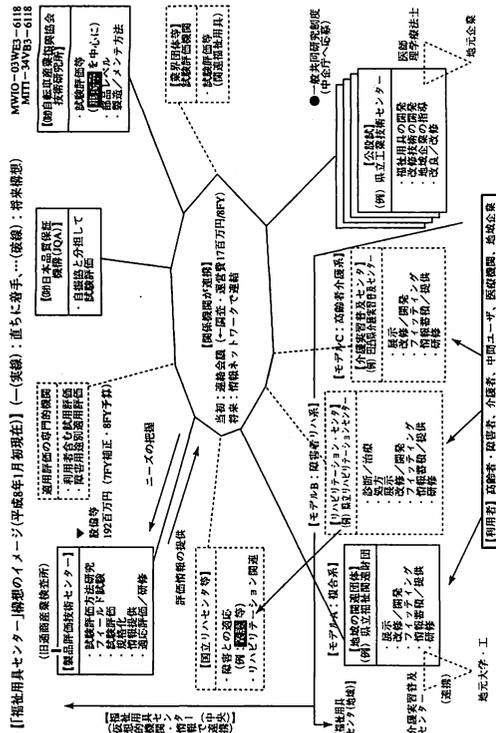
いま、問題なのは...
・事業性が低く企業に体力が不足し、
フットワークを向上させる能力が向上しない
・よくフットワークするが、値段が高い
...

適合性と商品性は「車の両輪」

NITI-69V1-6D13

福祉用具における評価の定義





構想ポイント

1. 安全性・適用性の評価
2. ワンステップ・サービス (障害児・者、高齢者)
3. 非集中的 (ネットワーク的) 組織
4. 関係者の協力 (利用者・専門職・機関、産業界、行政)
5. 地域との連携
6. 公的支援と市場原理をめぐって

MITI-71V1-6D13

「レベル4」で、解決の画をしめす

レベル4：社会的に調和する、「解決のための画」を提案する

- ・市場原理を機能させる、評価のシステムをつくる
- ・情報の価値に注目した、集散の仕組みをつくる

レベル3：「対症的な解決策」を示す

- ・開発を公的に支援する
- ・データベースをつくる

レベル2：「問題の原因」を指摘する

- ・産業界の取り組みに改善の余地がある
- ・情報を配布するシステムがない

レベル1：「問題の存在」

- ・実用的な機器が少ない
- ・必要な情報が得られない

表2-3 今回調査の福祉用具における市場規模推計

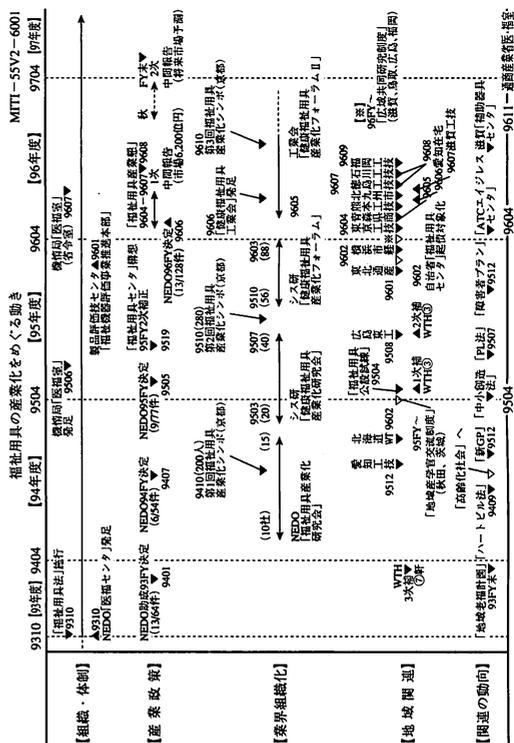
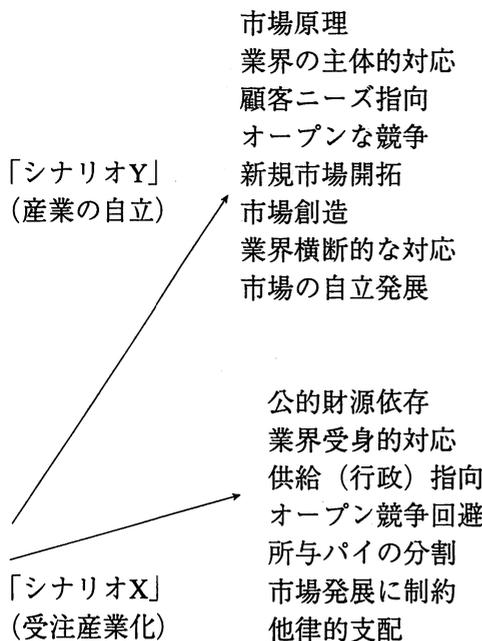
対象分野	市場規模推計		備考
	1993年度	1994年度	
コア領域	6,036億円	6,152億円	
コア領域A	6,002億円	6,118億円	
コア領域B	17億円	20億円	アンケート調査、ヒアリング、調査補足分
コア領域C	15億円	14億円	アンケート調査、ヒアリング、調査補足分
周辺領域 (D1+D2)	-	400億円	1994年度のみラフ推計
市場規模の推計		6,552億円	

表2-4 コア領域Aの市場規模推計の内訳

対象分野	市場規模推計		伸び率 (1994/1993)
	1993年度	1994年度	
コア領域	6,036億円	6,152億円	1.02
コア領域A	6,002億円	6,118億円	1.02
家庭用治療器	1,039億円	1,025億円	0.986
義肢・装具 (広義)	1,393億円	1,580億円	1.13
義肢・装具 (狭義)	270億円	300億円	1.11
かつら	643億円	700億円	1.09
義歯	480億円	580億円	1.21
在宅等介護関連分野	1,080億円	1,258億円	1.16
パーソナルケア関連	457億円	543億円	1.19
移動機器等	273億円	279億円	1.02
家具・建物等	307億円	383億円	1.25
その他	43億円	53億円	1.23
コミュニケーション機器	2,460億円	2,215億円	0.904
眼鏡等	2,300億円	2,040億円	0.887
補聴器	133億円	144億円	1.08
その他	27億円	31億円	1.15
その他	30億円	40億円	1.33

MITI-51V1-6605

福祉用具産業今後のシナリオ



利用者からみた福祉用具の有効性と問題点

—ひとにやさしい福祉用具への期待—

舟木美砂子

(株)舟木義肢ケアハンズ事業部専務取締役

【はじめに】

何らかの障害によって、今まで当たり前とされていた生活のパターンが崩れた時、本人や介護者は生活の再構築に向けて様々な在宅支援サービスを必要とします。

なかでも、福祉用具の導入は、介護力の軽減や残存機能を活かして自立を促進し、さらにその人らしく楽しく生活する上で大変有効な手段であると言えます。

しかしながら、情報の入手や用具の選定、適合、購入方法などについて利用者が適切な相談指導を受けられなければ、福祉用具も放置されたり事故

の原因となる場合もあります。

福祉用具導入の失敗事例や成功事例を紹介し、その有効性と問題点についてまとめます。

【福祉用具導入の事例から】

- 1) 失敗事例その1
入浴用リフトを導入したが、浴槽と身体状況との適合性が悪く介護負担が増大した例
- 2) 失敗事例その2
布団から電動ベッドに変えたため畳上での移動動作ができなくなり、寝たきりに近い状態になった例
- 3) 成功事例その1
ベッドとポータブルトイレを導入した結果おむつが外れ褥瘡が改善させた例
- 4) 成功事例その2
天井走行リフトを導入した結果、入浴・排泄・移動の自立度が改善された例

【問題解決のためのポイント】

- 1) 家族や生活全体を視野に入れること
- 2) 利用者の障害をしっかりと理解すること

- 3) 生活環境を必ず考慮して選ぶこと
- 4) 長期的展望をもつこと
- 5) 情報提供や相談の場所を探すこと
- 6) 各種補助制度を有効に活用すること
- 7) 資質の高い販売事業者を選ぶこと
- 8) 賢く厳しいユーザーになること

【有効活用を促進するための提言】

- 1) 福祉用具コーディネーターの養成と配置
・どこの、誰が、どのように？
- 2) 利用者のニーズにマッチした商品開発
・利用者や販売店の声をひろうシステム
・研究開発に対する助成制度
- 3) わかりやすい福祉用具の評価と規格化
・評価試験機関の充実
・情報収集提供システム
- 4) 現状に即した助成・給付制度の充実
- 5) 使用評価と定着指導の支援体制作り
・用具の貸し出しによる使用評価
・使いこなすための専門家の派遣

【まとめ】



高齢者・障害者の

自立支援としての住宅改造

—福祉機器の有効活用化への環境整備—

山田 藏

下電開発株式会社常務取締役

ここにご参加の皆様は、保健・福祉の分野で、大変な知識をお持ちの方ばかりと伺っておりますので、釈迦に説法となる部分もあるかと存じますが、お許しをいただきとうございます。本日はできるだけ観点を換え、ご高齢者・障害者の方々からご相談をお受けになる皆様方が、私共の様なハード部分を受け持つ建築業者を、どうすれば扱いやすくなるか（使いこなせるか）、つまり建築業者がどう悩み対応に苦慮しているかをご理解頂ければ、皆様がお持ちのソフトとハードが一体となり、ご相談者に対しより適切なアドバイスができ

るのではないかとと思われます。と申しますのも、シルバーリフォーム（一般のリフォームと区別して）は、私自身3年程の経験しかありませんし、専門家が地方には、非常に少ないというより、いないのが現状ですし、一般のマニュアルでは、対応できない多種多様の要求があるからです。

①現在の住宅事情について

まず、住宅はこの2～3年の間に驚くほど変わりました。神戸の大震災までは、匠の技や材質の美しさ等を強調していたものから、住宅の性能や省エネルギー・安全・快適を追求した実用に適したものと変わってまいりました。

これを受けて、今年10月からの住宅金融公庫の融資制度も変わり、段差の解消や手摺の設置等が基準金利適用の条件になり、住宅メーカーや住宅設備機器メーカーが高齢者に優しい住まいの仕様を提案するようになりました。

基本的に住宅メーカーは、

幼児から高齢者まで、誰でも使い易く、将来設計変更できる家づくり、段差解消や車椅子での移動や介護に備えて間仕切り壁の撤去や通路幅の拡張、開口部の拡張ができるようにしている。

又住宅設備機器メーカーも同様にバリアフリーから進んだユニバーサルデザイン（誰にでも使いやすい）の商品群を提案しています。

しかし、いずれも健康な高齢者から幼児までを対象とした提案商品であり、安全・使い易い配慮・いきいきと健康的な暮らしが出来やすいということであり、個別な介護に対応するものではありません。

それは寝たきり老人約5%、痴呆老人5%程度の発生率ですから、約82%の生き生き老人を対象に考えるメーカーも無理からぬことでもありますし、高齢者・障害者の百人百様の対応は、一般的な住宅や設備メーカーに対応しろというのが無理なことでもあります。

②4段階の住宅改造

1. 障害のない、生き生き家族

安全……段差解消

使い易さ……いきいき商品とか、ユニバーサルデザインとかいわれる商品の導入

対応……建築士、建築業者、住宅メーカー

等

2. 軽度の障害、リハビリ中の方（日常の介護が不要の方）

福祉機器の利用のためのリフォーム

リハビリ効果継続のための機器の導入とリフォーム

安心システムづくり 隣家へ
安全のネットワークづくり

3. 介護が必要となられた方

本人の為のリフォーム 1/2

介護者の為のリフォーム 1/2

・建築業者のノウハウで対応できない。医療・保険・福祉サービスのノウハウが必要となる。

4. 完全介護が必要となられた方

介護者の為のリフォームが殆どとなる。

（本人は介護してもらいやすい事を前提とする。）

このように障害を持つ前と後では、状況、対応ともに全く異質のものとなる。

③シルバーリフォームの手順とチェックポイント

さて、一般の住宅は、健常者に合わせて造られています。健康な方は、もちろん高齢者といわれる方でも、我が身の身体機能の低下や、高齢・疾病による障害をイメージするのは勇気のいるところであり、その為のリフォームは0に近いのが現状です。

65歳以上の方をご高齢者と申しますが、ゴルフ場では200ヤード以上のドライバーを飛ばす方、朝運動公園を歩くのが日課の私を楽々“おはよう”と声かけて追い越してゆく方、いずれも65歳以上の方であります。ちなみに私は51歳、どうも65歳を高齢としますと、私は大変寂しいこととなります。

加齢と身体機能の低下や障害は正比例するものではありませんが、ごく一部の金さん銀さんを除けば、加齢とともに機能の低下が始まり、福祉機器の利用から要介護、完全要介護へと移行するのが普通であります。

しかも、実際には、百人百様であり、将来を想定することは無理であり、自分や家族の将来を考えてリフォームしておくと思っても何をどう

するか、有効な対策はせいぜい段差の解消などで、安全を図るくらいのもものとなるわけです。

ここで一応、シルバーリフォームの要点をチェックしておきます。

1. 現状の認識

(イ) 身体の状態

健康度のチェック（将来を含めて）

(ロ) 住宅の状態

- ・持家か借家か・助成金や家主の承諾等
- ・平面図・構造図・配置図・動線
- ・戸建てか集合住宅か

(ハ) 家族の状態

- ・同居人、その方の健康度、介護者は誰か

(ニ) 予算・資金状況

- ・助成制度や融資制度
- ・負担者と限度額

2. リフォームの目的を明確にする

(イ) 安全・安心の確保

使い易さ

事故にあわないため（バリアフリー、ヒートショック防止等）

(ロ) 快適性の確保

照明・遮音・換気

生活の質をおとさない（行動能力・体感温湿度）シックビル防止

(ハ) 自立性の確保（補完性）

排泄、入浴、洗面（移動）

(ニ) 介護しやすい、されやすい（療養性をとでも申しましょうか）

臭気等、気持ちの負担を軽くする。

(ホ) 可変性

変化するライフステージに対応する

云ってしまえば簡単ですが、目的を明確にすること自体、実は問題であります。安全の確保と自立性の確保は、相反することが多く、安全と快適性とも相反することがあります。又、自立性と介護性とも相反するわけで誰の為にどうするか、当人と介護者双方から合格点をいただくのは難しいのです。

④今まであまり注意されなかったその他のポイント（シックビル症候群・ヒートショック）

シルバーリフォームと云えば、バリアフリーや

福祉機器の導入と思われがちですが人間が快適に、安全に住まう為の大切な部分が欠けています。先だって11月11日は壁の日、「衝撃セミナー 室内汚染」と言うテーマでセミナーが開催されました。又、今月17日には「微量化学物質の人体への影響」について、日本木造住宅産業協会がセミナーを開催する等、来年はどうやらこの事がメインテーマにもなりそうです。それは、体をむしばむ住宅もあるからです。

住宅には、白蟻駆除剤に含まれる有機リン系の薬剤、接着剤に含まれる有機溶剤、合板類や家具に含まれるホルムアルデヒド、ビニールクロスや塩ビ材の可塑剤(TCEP)や難燃剤(DOP)や防虫剤等、室内には薬害のもとが充満しています。

この例ですが、ホルムアルデヒドは日本産業衛生基準の許容濃度はビル等で0.5ppm 1日8時間、長時間使用する人の多い住宅の室内では0.2ppmを前提にしていますが、横浜国立大の環境科学研究センターによれば、居間で0.45ppm、押入で0.76ppmのホルムアルデヒドの気中濃度が測定されています。住宅でしかも寝たきりの方には、大変負担になる数値が出ています。皆様もご経験おありと思いますが、新築の住宅やマンション、室内改装後に目や喉の粘膜に異常をきたしたり、吐き気をもよおす等、又アトピーの方には、一段と症状が顕著に現れます。このような現象は、WHOでも1983年にシックビル症候群として定義付けられています。又、ビルリレイテッド症候群と呼ばれる症状もあります。恐ろしいのは最初に比較的大量の薬物に接触して体に異常な症状を起こした人は、その後同じ物質に微量に接触しても同じ症状が出るケースが多いことです。

もう一つは、ヒートショックであります。

日本のように小さくても南北に長い国では、その場所により住宅の特性は変わります。よく日本の家と云いますが、昔も今も地方によりまるで違う住宅を造っています。厳しい冬の北日本・暑い夏の南日本、そしてこの瀬戸内地方、断熱も気密も他の地方と比べてそれほど必要でない地方の住宅は、今まで恐ろしく気温の変化に無防備です。

日本人の45歳以降の傷病別の通院者率で、一番高い数値を示しているのは、高血圧症であり、心

疾患と脳血管疾患は、三大死因のうちの二つを占めています。これらの疾病の原因全てが部屋の温度差にあるとは言えませんが、一要因であることは、間違いありません。冬に暖房された部屋や夜具から全く暖房されていない場所へ出たとき、普段、血圧が180くらいの人でも、急激に210くらいに上がってしまいます。また、1日の内で血圧が最も低くなるのは、就寝後の1～2時間だと云われており、寝ている状態から急に立ち上がると、血圧は10ポイント以上上昇します。高血圧症の人やお年寄りなどは、就眠中に尿意を催してトイレに立とうとするだけでも危険です。急激な温度変化が原因となり血圧も急激に上昇します。この時の血圧は、30ポイント位上昇しますが、反対に血管は寒さのため縮んでしまいます。これがヒートショックまたはコールドショックと呼ばれている現象です。この温度差は約10℃を越えると大変危険であると云われます。

人間は、衣類を身につけ始めてから、皮膚が弱くなっているといわれています。衣類なしでは、生きられないほどです。人間が家の中で最も無防備になり、軽装になる場所、それはトイレ、脱衣室、浴室等です。

ところが、これらの場所は日本の建築の常識から、北側の最も条件の悪い位置に計画されます。人の集まるリビング等は快適に暖房されていても、温度差の生じる住宅の場合、廊下からトイレ、脱衣室などでヒートショックを起こし、脳卒中や風邪の原因となってしまいます。

先の薬害に対処する方法としては、薬害のない建材を使用することですが、一般の住宅の予算では大変ですし、リフォームではとても対応しきれません。又、ヒートショックに対処する方法としては、廊下やトイレ、洗面、浴室など暖房機を備え暖めてから移動することですが、これも無理無駄が多すぎますし、移動に合わせてすぐ間に合うことでもありません。

このシックビルやヒートショックに対応し、しかも、省エネルギーと言われるのが皆様もこの1～2年耳にされ始めたことだろうと思いますが、高断熱、高気密、計画換気システムの住宅と云われるものです。計画換気による薬害への対処、家

中の温度差を少なくできる住宅性能、そして、瀬戸の夕風で特に夏蒸し暑い瀬戸内の気候には、温度をあまり下げなくても温度のコントロールによる体感温度の低下、神経痛の痛みが出にくく運動しやすいこと、又、家中の消臭・結露の防止によりカビやダニの発生を阻止できること・遮音等、さまざまな効果が期待できます。

これらのことは、簡単なリフォームと言うわけにまいりませんが、増築や改築・建て替えの場合には、安全という点からも先の段差以上に注意しなければならないことであろうと考えられます。

特に、この件につきましては、私の非常に残念な体験を申し添えさせていただきます。

一方は、交通事故により障害者となられた40代の方、車椅子の生活でリハビリ中でした。ご自分の現在、将来の障害を考えて新築し、お引き渡しの10日前、最後の仕様打ち合わせの場所にお越しになられませんでした。寒い冬でした。リハビリセンターの中、夜トイレでヒートショックに合われました。

もう一方は、新築後1年目の冬、夜のトイレでヒートショックに合われました。もう10年になります。

今の知識があれば、違った提案が出来たと思います。この他多数の方の計報が伝わってまいります。この体験から、私は断熱・気密・計画換気の勉強を始めました。本当の意味のバリアフリーとは何か、もう一度考える必要があります。

⑤シルバーリフォームに対する環境整備

一般のリフォームは、きれいに、使い易くを家族の生活様式にあわせて計画され、相談相手は建築士、コーディネーター、施工業者ですが、シルバーリフォームや福祉用具の導入は生活のギャップをうめる為のものであり、相談相手は一変します。障害を持つ前と後では対応が全く変わり、持った後では建築のノウハウだけでは対応しきれなくなるわけです。

ご相談の色々なケースにより、相談相手はさまざまですが、

まず第一に、

福祉の窓口である社会福祉事務所の相談員の方にご相談される場合が普通ですが、重度の要

介護者が窓口に行くのではなく、移動しやすい比較的軽度の障害者、高齢者と介護者が相談されます。相談員の方々は、社会福祉関係や保健・医療関係の専門家と相談しながらアドバイスをされ、又、建築関係の相談もお受けになる場合もあり、私達には、大変ありがたいわけがありますが、予算という二文字で大変な気苦労をなさっているのも現実です。

第二に

リハビリ中の方であれば、医師、看護婦、訓練士、療法士の方々が、治療効果が継続するように状況に合わせて、介護が受けられるようにリフォームのアドバイスをされる場合。

第三に

在宅介護支援センターや訪問看護ステーションの看護婦さんやヘルパーさんによる、福祉サービスの有効利用との関連で、どのようなサービスを受けながらリフォームを計画するかと、相談する場合。

第四に、福祉用器具を扱う業者への相談

現在、4,000とも6,000とも云われる店舗がありますが、大工・職人を抱えているところは、ほとんどありません。用具の種類や新しい機具の情報・助成金や融資の相談や申し込みのお手伝い等を相談する場合。

第五に、設計士や建築業者への相談

予算というハードルが最終障害で、こればかりはバリアフリーという訳にはいきません。

一般のリフォームでは、全くの失敗はありませんが、シルバーリフォームの場合、どんな立派な商品でも、高価な設備でも役立つなければ、無価値であるばかりか、邪魔にすらなることがあります。つまり0点の仕事もあるわけです。

進行状態の障害にある場合、わずかな時の経過により使えなくなった設備を取り外し、取り替えることは、当然ですが、今までの仕事が無価値になったりそう云われると、これもつらい。

近い将来も予想することが困難な身体機能の低下や障害の進行に完全な対応は不可能でしょうが

- ・医療関係者の知識
- ・福祉サービスの知識
- ・福祉用具の知識

それに、建築技術者の知識との連携と、バランスをもって初めて最小投資の最大効果を期待することが出来るのです。

●予算のかけ方の一例

現実のシルバーリフォームの状況は、総計的に申せば1件当たり約110万程度の工事であり

浴室	—	70%
トイレ	—	50%
玄関	—	35%
寝室・廊下	—	25%
入りの幅	—	20%
台所	—	5%

で、助成金・融資枠の予算の中で応急対応が殆どです。

しかし、浴室の改造が一番費用がかかるわけですが、入浴サービスを活用することにより、手慣れたヘルパーさんが行うため改造の内容や規模も変わりますし、それによって使い易いかどうかの意味も違ってまいります。このように福祉のサービスを活用することにより、改造の意味や方法、もちろん予算も変わるわけです。

⑥施工業者としての悩み

1. 誰の為のリフォームか、意識統一がなされていない注文が多く、途中変更が多い。
 - ・介護者か、要介護者か、アドバイザーの立場は？
 - その家の事情は、一般の面談ではわかってはくれない。
2. アドバイザー（相談者を含む）の説明不足、経験不足、知識不足（建築技術）による無駄や無理
3. 建築技術者と医療関係、福祉関係の専門の方々との交流がなく、勉強する機会が少ない。（専門家が育ちにくい）
4. 福祉先進国の欧米は、住宅改造は作業療法士や理学療法士が幅広い視野でアドバイス・サービスの提供を行える環境が確立しているが、我が国では、制度が未整備であり、専門職が不足するなど、環境づくりを求めたい。
5. 職人（大工）の高齢化と減少
 - 技能の間われる仕事が多いが、技術者が減少している。

このリフォームは、組立職人ではとてもできない。

6. 突発的な仕事となる為、職方の円滑な運用が計れない。

職人の不満手持ちにしている場合
一定量の仕事が必要

7. リフォームの必要な家の大半が、築15年～30年それ以前の住宅は建て替えが多い。特に昭和50年以上前の住宅では、土台部分の老化が激しい住宅が多い。その内、浴室・洗面・トイレ・台所等の水回りや窓付近の結露のしやすい部分では、床、壁の傷みがひどく、浴室のリフォームに洗面やトイレ、その周辺の土台材等の構造物まで取り替える必要が出てくる場合も多い。従って、当初の予算（相談者やアドバイザーが考えている）をオーバーする事になるが、施工業者の説明がなかなか理解してもらえない。取り替えた部分以外のところへ、歪みが出来やすく、クレームの原因にもなる。

8. 工事は見える部分と見えない部分があったり、職人も基礎工事、大工工事又金属・左官・建具・塗装・内装・給排水・電気・ガス工事等に分かれている為、特に、水回りのリフォームでは、多くの職人が関わり合うとも多く、一人の職人の仕事は割高にならざるを得ないこと。しかも、現場の管理者の目が離せない内容が多い。

9. 予算（助成金や融資枠内の方がほとんど）が限られている為、その場しのぎの仕事（応急対応）になりやすい。

等であります。

⑦おわりに

このシルバーリフォームは、我々施工する側の者にとって決してやさしい仕事ではないのです。

今までの建築に関する経験や勘でとらえることの出来ないソフト部分、つまり保健・医療や福祉機器や福祉サービス等、皆様ご専門の知識は無理といたしても、理解する能力と意欲がなければ、ユーザーの満足を得る仕事は出来ないのであります。どうか、ご相談をお受けになり、アドバイスをなさるお立場の皆様方に我々の悩みをご理解い

ただしまして、図面や要望のみを伝えるのではなく、なぜ必要なのか、どう必要になるのか、どう考えておくべきかなど、分かり易くお話いただければ、やさしくないが、やりがいのある仕事になることは間違いありません。

我々、知人・友人や地域の方々の住宅をリフォ

ームする地場の業者としまして、喜んでいただき、そしてやりがいのある仕事を大切にして行きたいと考えています。

皆様のご協力をお願い申しあげまして私のつたない話を終わりにさせていただきます。ありがとうございました。

分科会B—3



バリアフリー・環境整備

まとめ	〔座長〕	太田 茂
建物に関する環境整備		後藤 義明
障害者に対する交通情報の提供		田内 雅規
肢体不自由者のスクーバ・ダイビング指導		三浦 孝仁
情報機器アクセシビリティの活動状況		小澤 邦昭

ま と め

座 長 太田 茂

川崎医療福祉大学教授

原稿未着



建物に関する環境整備

後藤 義明

積水ハウス(株)生涯住宅研究室課長

0. はじめに

プレハブ住宅を工業化住宅と呼ぶようになって久しい。さすがに「工場で生産したものをそのまま現地に置くだけ」という誤解はなくなったが、制約が多くて融通の効かない住宅という感覚は根強いようだ。しかし、住まいは家族と環境の関わりの中で様々な生活要求を満足させなければならない。住宅を業とする限り建築的ハンディキャップ者配慮住宅は避けられない課題であった。積水ハウスでは、20年前から高齢者身体障害者配慮住宅の研究を始め、多くの配慮住宅を建設した。その過程で従来の住宅の不備に気づいた。そして、住み続けられる住まいに必要な性能を いつでも安全で、②いつまでも動き回れて、③誰にでも使いやすく、④間取り変更が容易で、⑤快適なこととし、部品や設計の見直しを始めた。国のレベルでは、昨年6月、建設省が、住宅の安全性を向上し、介助者の世話を期待できる車椅子の移動性を確保する住宅を高齢者の居住に関わらず普通住宅のスタンダードと位置づける長寿社会対応住宅設計指針を発表した。公的住宅のみならず、民間の住宅に反映させるために住宅金融公庫の融資基準にも今年10月から加えられた。実際に障害を有する高齢者に対しては、多種多様な要求に合わせて綿密に設計せざるを得ないが、今後新設される住宅の基本的性能としてある程度の身体機能低下に対応する性能を担保するものとして期待される。

街づくりに関して、建設省は94年に「高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律（通称ハートビル法）を制定した。病院や劇場、百貨店等の不特定かつ多数が利用する特定建築物の建築主に入出口や廊下、階段、便所等を高齢者や身障者が円滑に利用できる努力義務を課し、その判定基準を建設大臣が決めている。また、自治体レベルでは兵庫県及び大阪府が92年に福祉の街づくり条例を定め、地域環境の整備に乗り出した。滋賀県や熊本県なども同様の条例を制定している。さらに兵庫県は今年、住宅内部にまでバリアフリー化を指導するように条例を改正した。神戸市では独自の住宅設計基準“KOHDES”を提案し、戸建てと集合の区別なく住宅のバリアフリー化を積極的に進めるといふ。この2、3年で、住宅及びそれを取り巻く地域に関して急速にバリアフリー環境の整備が進みだした。

これらの動きは、特別なものを特注設計する個別対応からすべてのものを誰もが使いやすいように設計する社会対応への転換ともいえるもので、バリアフリーの上位概念として、最近提唱されたユニバーサルデザインに通じる。

そこで、本発表では、住宅メーカーが考える長寿社会に対応する住宅の内容とそこに至った経緯並びに街づくりの実践的試みを紹介し、住み続けられるための環境整備の課題と今後の方向付けを検討したい。（以下項目のみ示す）

1. まちづくりの制度・法律

1) ハートビル法

「高齢者・身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律」

平成6年6月29日公布同年9月28日施行

- ・デパート・ホテル等不特定多数が利用する建築物の建築主は、出入口、廊下、階段、便所等を高齢者、身体障害者が円滑に利用できるようにするための措置を講ずるよう努めなければならない（2条）
- ・建設大臣は特定建築主の判断基準を定め公表する（3条）

基礎的基準 利用を不可能にしている障壁

を除去する基準

誘導的基準 特段の不自由なく建築物を利用できる基準

- ・知事は判断基準を勘案して、指導・助言、認定できる（4、5条）

高齢者・身体障害者等の利用を配慮した建築設計標準

（57年の身体障害者の利用を配慮した建築設計標準の見直し）

2) 福祉の街づくり条例

経緯

- ・身体障害者福祉モデル都市事業（1973昭48）
人口20万人以上の都市に事業補助金を3年間。53市
- ・町田市福祉環境整備要項（1974）神戸市民の福祉を守る条例（1977）
- ・障害者福祉都市推進事業（1979昭54）
10万人以上156市
- ・障害者の住みよいまちづくり推進事業（1986昭61）
5万人以上76市
- ・住みよい福祉のまちづくり（1990平2）
3万人以上、
高齢者神奈川県建築基準条例（90）大阪府（92）東京都（93、1,000㎡以上）

福祉の街づくり条例の制定状況

- | | |
|--------------------------------------|--------|
| 92 兵庫県、大阪府 | 93 山梨県 |
| 94 愛知県、滋賀県 | |
| 95 神奈川、京都、広島、大分、熊本、東京、福島、埼玉、奈良、長野、岩手 | |
- <95年現在16都道府県、5都市>

- 96 兵庫県改正 対象拡大と住宅内部へ言及
(資料1)

300㎡以上→100㎡以上 病院、物品販売店、飲食店、理美容院、ホテル、遊技場住宅の専用部分

通路出入口幅、手摺、階段、サニタリーの広さ、段差、設備等

2. まちづくりの実施例

1) 六甲アイランドシティ（神戸市）

第一次；31haに4千戸、第二次21haに3千戸
シティモール、街角広場、せせらぎ、サイン計

画等（資料2）

2) 新梅田シティ（大阪市）

大阪駅前再開発事業

- 4企業によるオフィスビルとホテルの複合施設
(資料3)

3. 住まいづくりの公的基準

1) 長寿社会対応住宅設計指針

1995年6月 建設省住宅局長通知

手摺・杖が必要でも自立して歩ける人の安全性と快適性、将来的な介助車いすの移動性を確保
標準と推奨基準

技術の現状レベルを考慮し、通過幅、水まわり
段差にやや不十分な規定

公的住宅へ適用 住宅金融公庫融資基準へ反映
(10月から)

2) 年金バリアフリー住宅

1996年10月より年金住宅融資制度 限度額と適用面積（175㎡超）を拡大

必須仕様と準必須仕様+緩和・経過措置

日常安全性、行為補助に分類

新築時確保と将来的な変更対応（新築住宅+改良住宅?）

一般貸付限度額 厚生1470万円（800万）国民740万円（410万）

介護機器設置割増 厚生100万円 国民50万円

同居、2世帯割増 300万円 150万円

長寿社会対応住宅設計指針との整合性

高さ（玄関手摺、スイッチ、浴槽高さ）、段差、手摺下地

4. 住宅関連業界の対応状況

1) 住宅会社 研究、実験住宅（資料4）

配慮住宅実績、商品展開（資料5）

2) 住宅設備会社 衛生、キッチン、電気 等

3) 住宅建材会社 仕上材、ドア・サッシ、金具

5. 住まいづくりの実施例紹介

1) 長寿社会対応住宅設計指針に適合する部位別 実例

外構・玄関、廊下・階段・出入り口、水廻り、寝室他

高齢者・身障者配慮住宅の歴史

年	積水ハウスの高齢者・身障者配慮住宅の研究年表		社会の動向
	公的プロジェクト・委員会・研究会	実験住宅・モデルハウス	
1975 (昭和50年)	●退院予定者のリハビリ住宅「車椅子の家」研究会	●リハビリ病院退院予定者ADL訓練用住宅「車椅子の家」(熊本県)	
1977 (昭和52年)	●被爆者住宅設計委員会	●被爆による寝たきり者用住宅 (長崎市)	●スウェーデン建築法改正
1981 (昭和56年)	●ともしび運動を進める県民会議モデルハウス研究会	●神奈川県ともしび運動身障者モデルハウス (横浜市)	●国際障害者年
1982 (昭和57年)	●新住宅開発プロジェクト〈通産省〉 (1982~1985) 「高齢者身障者ケアシステム技術の開発」に参加 レベル移行住宅の基本概念の確立 (1982)	●新住宅PJ第一次プロトタイプ 〈L +L 居室ユニット〉(つくば市)	●身障者の利用を配慮した建築設計標準 〈建設省〉 ●住宅金融公庫「二世帯割増融資」
1983 (昭和58年)	●新住宅PJ第二次プロトタイプ 〈輸送型L 居室ユニット〉(所沢市)		
1984 (昭和59年)			
1985 (昭和60年)	●福祉関連住宅設備システム啓蒙対策補助事業 〈ケアモデル事業:日本住宅設備システム協会、 新住宅推進協議会〉 (1985~) ケアモデルルーム4棟建設 (1986~1988) ケア住宅ガイドブックの発刊 (1990~1993) 啓蒙ビデオの制作 (1990、1991)	●ケアモデルルーム「清風荘療護苑」 〈介助車椅子使用者想定:日本住宅設備システム協会〉(茨城県、身体障害者療護施設内) ●生涯住宅展示場 (松本市)	●障害者の住みよいまちづくり推進事業 〈厚生省〉 ●住宅金融公庫「高齢者・身障者 用設備割増融資」
1986 (昭和61年)			
1987 (昭和62年)	●個人住宅用エレベーター設計指針作成委員会 〈日本建築センター〉	●ケアモデルルーム「信愛泉苑」 〈寝たきり高齢者想定:日本住宅設備システム協会〉 (東京都、特別養護老人ホーム内) ●ケアモデルルーム「小富士園」 〈可変間仕切りユニット:日本住宅設備システム協会〉(福岡県、重度身障者授産施設内) ●生涯住宅展示場 (名古屋市、枚方市、諏訪市)	●シルバーハウジングプロジェクト 〈厚生省、建設省〉 ●シルバーピア事業 (東京都)
1988 (昭和63年)	●長寿社会に対応した居住環境向上のための技術開発 〈長寿総プロ:建設省〉(1988~1991) 「長寿社会における住宅部品の性能要件に関する研究」 高齢者に適した部品(手摺、階段、キッチン、浴室、洗面化粧台等)に関する一連の研究 (1988~)	●ケアモデルルーム「るんびに苑」 〈歩行困難、車椅子常用の高齢単独世帯想定:日本住宅設備システム協会〉 (鳥根県、特別養護老人ホーム内) ●生涯住宅展示場 (広島市、三鷹市、高知市、高松市、盛岡市)	●アメリカ公正住宅法改正 (障害者差別の禁止)
1989 (平成元年)	「長寿社会対応住宅設計指針作成委員会」 長寿社会対応住宅指針(案)作成 (1991)	●生涯住宅展示場 (横浜市、厚木市、飯田市)	●高齢者保険福祉推進10ヵ年戦略(ゴールドプラン)(1986~) ●ふるさと21健康長寿のまちづくり事業
1990 (平成2年)	●福祉・医療・建築の連携による在宅ケアのための住宅改善研究会〈関西大学、関西労災病院他〉	●生涯住宅展示場 (相模原市、岡崎市、福岡市)	●アメリカADA法 ●高齢化社会対応住宅割増融資 〈住宅金融公庫〉 ●シニア住宅 〈住宅公団、公社〉 ●江戸川区住宅改造全額助成制度
1991 (平成3年)	●在宅福祉と融合した高齢者向け住宅開発事業 〈シルバーサービス振興会〉(1991~) モデル住宅建設 (1992) ●高齢者福祉施設における介護機器開発研究会 〈シルバーサービス振興会〉 ●在宅ケアにおける介護機器開発研究会 〈テクノイド協会〉	●静岡県「障害者用住宅推進検討委員会」監修 〈生涯住宅掛川展示場〉 ●生涯住宅テーマハウス(総合住宅研究所内) ●生涯住宅展示場 (愛知郡、藤沢市)	●福祉の街づくり事業 〈建設省〉 ●長寿社会対応集合住宅設計指針(案) 〈建設省〉 ●公営住宅法改正(高齢化対応)
1992 (平成4年)	●人体計測プロジェクト 〈人間生活工学研究センター〉 ●在宅ケアを考える会 〈広島大医学部他〉 京都府木津町保健福祉計画策定委員会	●三世代フレキシブル住宅 (国立リハビリテーションセンター内) ●兵庫県「人生いきいき住宅認定制度」認定モデル 〈生涯住宅西明石展示〉 ●福島県「高齢化対応型住宅供給促進事業」指定モデル 〈生涯住宅福島FTV第2展示場〉 ●生涯住宅展示場 (和歌山市)	●長寿社会対応戸建住宅設計指針(案) 〈建設省〉 ●福祉のまちづくり条例 〈大阪府、兵庫県〉
1993 (平成5年)	●福祉機器ニーズ・シーズ適合調査研究会		●東京都加齢対応型住宅の建設指針
1994 (平成6年)	●神戸市住宅設計マニュアル作成委員会		●生活福祉空間づくり大綱 〈建設省〉 ハートビル法 〈建設省〉 新ゴールドプラン
1995 (平成7年)	●建設省建築研究所共同研究 「長寿社会対応住宅設計指針の具体例による評価」 ●工業標準化推進長期計画審議委員会 ●高齢社会対応型産業研究会	●ウエルフェアテクノハウス大坂 (大阪市)	●長寿社会対応戸建住宅設計指針 〈建設省〉
1996 (平成8年)		●ウエルフェアテクノハウス神戸 (神戸市)	●住宅金融公庫「バリアフリー タイプ融資」 年金バリアフリー住宅融資

障害者に対する交通情報の提供

田内 雅規

岡山県立大学保健福祉学部教授

障害者は個々の様々な目的で社会参加を果たすために移動することが必要である。移動に困難を有する障害者にとって、移動を妨げているバリアを取り除いたり、さらに積極的な支援を行うことによって単独での移動を可能にすることは、測り知れない充実感をもたらすと共に生活の幅も広がり、精神的な自立に対して大きな効果を与えることとなる。単独での移動の場合は移動の途中で困難に陥っても支援が受けられない場合が想定されるので、従来健常者を対象に作られてきた障害者にとってバリアの多い道路や各種施設を、障害者も自由に使用できるように支援装置、設備を移動経路に付加するなどして単独での移動を可能ならしめるよう考慮する必要がある。現在、移動支援を‘もの’で解決しようとする方向が強くなるが、人が継続的あるいは適宜対応して介助する人的支援の側面を考慮することも重要であり、あらゆる物理的バリアを人的あるいは物的支援の両側面から克服してゆく考え方が必要である。

障害の種類や程度によって移動を困難にする要因、原因はかなり異なる。移動支援の対象は非常に広く、また現在の複雑化した都市ではその支援方法についても対象の移動能力の特質をよく考慮し、適用する支援方法がカバーできる範囲を周知しておく必要がある。移動支援の対象を考える場合は以下のような対象分類を行うことが有効である。

モビリティの支援対象者

- ライフステージによる分類
- 機能障害による分類（感覚機能系、運動機能系）
- 移動力（機動性）による分類
- 情報獲得能力による分類（事前情報、現場情報）

移動の支援を行うために、移動路、公共交通ターミナル、公共建築物における支援設備、機器の設置基準が多く設けられるようになってきてい

る。これは世界的な傾向であり、各国も基準が設けられるようになってきており、標準化される例も多く見られる。ここで注意すべき点は、健常者にとっては大きな困難や危険に至らないと思われる場合でも、運動能力や回避能力が低い移動支援対象者にとっては事故などに直接、間接的に結びつくことがあり得ることである。移動の支援は、移動を円滑で効率の良いものにし、移動時のストレスを和らげ、かつ困難や危険に遭遇する機会を極力減らすものでなければならない。その為には、障害構造と移動特性の関連を、残存能力による感覚情報獲得機能と情報処理機能、運動機能と行動制約などにつき綿密に検討し、その上で移動支援の必要性や支援機器・設備の有効性を考えてゆく必要があるだろう。わが国では下に挙げるように障害者・高齢者の対する配慮事項を掲げた多数のガイドラインや条例が示されるようになってきており、その中で移動支援機器・設備についても設置基準がかなり細かく指定されている。しかしながら、これらの機器・設備やその設置について真に有効な支援が期待できるかどうかの基礎については曖昧なものも少なからず見られ、横並びで‘チープ’に作られている感拭えない。障害者、高齢者の行動科学的側面は福祉社会設計の原理を考える場合、今後さらに発展させる必要のある分野と考えられる。

近年の障害者の移動環境作りに関する動き

- (ガイドライン、条例、法律、指針、報告書など)
- 盲人用信号施設研究委員会報告書（盲人用信号施設研究委員会）—1975
 - 公共交通ターミナルにおける身体障害者用施設整備ガイドライン—1983
 - 視覚障害者誘導用ブロック設置指針・同解説（日本道路協会）—1985
 - 公共交通ターミナルにおける高齢者・障害者等のための施設整備ガイドライン—1994
 - 視覚障害用付加装置（音響信号機）整備等について（警視庁）—1995
 - 福祉のまちづくり条例（大阪府）—1993
 - 福祉のまちづくり条例設計マニュアル（大阪府）—1993
 - 高齢者、身体障害者が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法—1994（ハートビル法）
 - だれもが利用しやすいバス・バスターミナルの改良マニュアル（横浜市）—1994
 - 生活福祉空間ガイドライン（建設省）—1996

福祉機器の評価は一般的に、対象者の障害構造や特性の把握が難しいこともあって、評価法が確立しておらず、評価法に関する研究は全体的に見ればまだ緒についたばかりと言えるだろう。例えば研究や調査の展開によってある程度理解の進んでいる場合においても、様々な場所特有の構造を有する移動環境において画一的でなく、環境に応じた支援機器・設備の敷設を臨機応変に行うことは大変難しく、今後の努力に待たねばならない面も多くある。その評価の際に考慮すべき点として以下のような事柄が考えられる。

福祉機器評価法の開発の指針

- その機器はどのような役割を担うべきものか
- その機器はカバーできる機能と対象者の障害構造、特性との関連はどうか
(障害機能をどのような形で代替、補完しているのか)
- その機器に対する適応や習熟はどのような過程でおきるか
- その機器が正常に働く条件の範囲はどこまでか
- その機器の機能を発揮させるための設定条件はどのようなものか

一般的に、移動に困難を有するものにとって、移動経路や方向の間違いは非常に大きな身体的、精神的ストレスを生じさせると言える。交通情報の提供は、効率よく移動の開始点(出発地)から終点(目的地)に到達することを支援することが基本的な目標である。移動のやり直しや迷った状態に陥ることは視覚障害者を含めあらゆる移動障害を有する者にとって大変大きな負荷となる。

ここで移動に必要な運動的要素に関してはほとんど問題を持たないが、移動中の情報獲得に困難を持つ視覚障害者について考えてみたい。

視覚障害者は適切な情報支援がなされなければ、移動が非常に難しくなるばかりでなく大きな困難に遭遇したり危険な状態に陥ることは比較的良好に認識されている。人は視覚優位で行動する動物であり、視覚が遮断されると移動行動はほとんど不可能になる。その様な視覚障害者に対する移動の支援方法としてよく知られているものに、点字タイルを用いる視覚障害者用誘導路や音響を用いた信号機がある。これらは視覚の機能低下や喪失がある者に対して、残存感覚である触覚や聴覚

を介して情報を提供し、視覚が無い場合に起きるであろう困難を緩和しようとする試みである。

視覚障害者にとって自分の位置を失う(disorientation)ことは最悪の事態であり、回復に時間を要するのみでなく、回復のための探索時に事故に遭遇する可能性もあり得る。この様な状態に陥ることの無いようにするためには、事前の情報や適切な現場情報が存在していることが有効である。昨今、ある程度の規模の街であれば歩道に点字誘導路を見ないことはないし、主要な交通拠点(駅、バスターミナルなど)でも敷設が進んでいる。点字タイルは点状の突起を持つもの(点タイル)と線状の突起を持つもの(線タイル)があり、それぞれ異なる触覚的な交通情報を提示している。すなわち、点タイルは注意を喚起する目的があり、線タイルはその突起の長軸方向に沿って進むことができるという指示を与えるものである。現在、日本以外の国で点字タイルで触覚的誘導路を構成している国は極めて少ない。

確かに誘導路は形成されているが、道としての機能性が考えられていない場合(連続性がない、拠点をリンクするなどの目的性に欠けるなど)が多く認められ、検討が必要な部分である。点字誘導路を実際に住民である視覚障害者に提供しているケースは極めて少ないのが現状である。また、足底による触覚に依存するやり方が、果たして確実な突起の検出に対してどの程度信頼を寄せることができるのかという事も大きな問題である。視覚障害者の鉄道駅ホームからの転落は後を絶たないが、タイルの存在を検出できなかったことが原因の場合に、それは利用者の不注意として処理できる問題であるか等は今後科学的に明らかにしてゆかなければならない部分である。事前情報と現場情報を組み合わせて、対象者に情報提供を行うことが効率的な移動に必須と考えられる。

視覚障害者に対して用いられる交通情報

- 事前情報(点字・触地図、音声テープ情報による場所の情報など)
- 現場情報(移動経路中の音声、地図情報:誘導タイル:ランドマーク)

音響信号機は点字誘導路と同様、我が国に広く

普及し、世界で最も設置数が多い。この音響信号機システムは音による情報提供の一つであり、特に青信号の‘渡れ’のタイミングを知られることが目的である。しかし、実際には音響信号機の音を頼りに歩くナビゲーション機能が利用者には大きく期待されているし、一般の健常者も音響信号機がその様な役割を担っていると考えている場合が多い。現状の音響信号機にはこの様な機能は極めて限られた条件でしか発揮できていないことはわれわれの研究からも明らかにされている。道路横断は視覚障害者にとって極めて危険な作業であり、横断歩道の横断中に触覚的な手がかりはない。横断中の事故も多々あり、視覚障害者の外出を阻む一つの要因ともなっている。これは横断歩道を渡る前に、進む方向の手がかりが非常に限られており、真っ直ぐ目的の対岸の歩道に到達することが難しいためである。視覚障害者の歩行の基本特性の一つである偏軌傾向（ガイドラインがなければ直進できずに歩行ラインが曲がる）からみても、現在の道路構成や音響信号機は安全な横断を保障するのではなく、今後ナビゲーション機能を付加した音響信号機が開発されるべき必然性があると言える。

視覚障害者の移動の特性

(モビリティの三つの基本特性)

1. あるもの*に沿って進む (*境界線)
2. あるもの*に向かって真っ直ぐ進む (*音源/*方向付け後)
3. あるもの*を回避して、進路を維持して進む (*境界線に隣接/*遊離する障害物)

近年、音声による情報提供（案内）が盛んに用いられるようになってきたが、どの様な情報を提供すべきかは十分に検討する必要がある。点字誘導路も音響信号機もその色彩による景観への影響や騒音としての問題のために普及が限定されている現実がある。障害者が真に必要な情報を必要な場所に設置し、利便の向上と安全確保に努めると共に、社会的環境を考慮しながら必要にして十分な機能を持たせるような情報提供機器、設備作りが望まれているのではないだろうか。

肢体不自由者の スクーバ・ダイビング指導

三浦 孝仁

岡山大学教育学部スポーツ教育教室助教授

1 【肢体不自由者のスクーバ・ダイビング指導】

岡山大学の三浦と申します。私は、リハビリテーションの専門家ではございませんが障害者スクーバ・ダイビング協会日本支部の指導員として、肢体不自由者にスクーバ・ダイビングの指導を行っております。そこで今日は、障害者に対するスクーバ・ダイビングの有効性と協会の活動を紹介させていただきたいと思います。

2 【スクーバ・ダイビングとは】

スクーバ・ダイビングにつきましては、ご存じの方も多いと思いますが、日本で始められるようになったのは1950年代の初め頃と聞いています。その後器材が改良され、ブームになりだしたのは1980年ころからになります。現在国内では、潜水技術を教える民間の指導団体は30を越え、参加人口は、推定で約50万人と言われていています。

スクーバという名称は、Self Contained Underwater Breathing Apparatusの頭文字をとったものです。日本語で自給式水中呼吸器といいます。この器械を使用することによって水中でも呼吸を続けながら、海、川、湖などの未知の世界を探索するスポーツといえます。

【器 材】

スクーバ・ダイビングで使用する器材は、

- 3 圧縮された空気が詰められたタンク、
- 4 タンク内の圧縮空気を減圧して、呼吸するためのレギュレーター（自動空気調整器）

このタンクとレギュレーター一式をスクーバといいます。

- 5 これは、レギュレーターの第2減圧部（セカンドステージ）と言われる部分です。

このマウスピースの部分をくわえて呼吸をし

ます。

- 6 水中の深度計、空気の残りを示す残圧計、コンパスなどのゲージ類
- 7 水中でものを見るためのマスク、と水面を移動するときに使用するスノーケル
- 8 これは、浮力調整器といい、浮き袋の様に、空気を出し入れすることにより、浮力をコントロールする器具です。
- 9 さらに浮力調整に必要な、ウエイトベルト
- 10 推進力を得るためのフィン（足ひれ）
- 11 身体の保護と体温の消失を防ぐためのウエットスーツ
- 12 とブーツ
- 13 こういった器材を使用することによって、水中を自由に移動することができます。
スクーバ・ダイビングの特徴を簡単にまとめますと次のようになると思います。

14 【スクーバ・ダイビングの特徴】

水中という環境を利用して行なうスポーツである。また、水中では重力の影響から解放されます。スクーバの使用により、水中でも呼吸を続けることが可能です。

さらにバディシステムと言い、二人以上で協力をして行ないなさいというルールがあります。このようにスクーバ・ダイビングは安全に行なうことが最も重要であり、勝敗を競うことがなく、楽しみをお互いが共有するレジャー・スポーツであるといえます。

15 【HSA】

Handicapped Scuba Associationは、1981年にアメリカのカリフォルニアで設立された「障害者のためのスクーバ・ダイビング指導団体」です。現在では、世界32か国に支部を持ち、約1,000人の指導員が登録されています。私自身は丁度641番目の指導員となります。

16 【JULIA】

日本国内で障害者ダイビングが行なわれるようになったのはつい最近のことです。

日本水中指導者協会、英文の頭文字をとって

JULIAといいます。1990年にこの団体が、HSA 日本支部として活動を始めました。

17 【ジム・マイケルの写真】

毎年、5月にはアメリカから、HSA コースディレクターのジム・ガタカー氏を招き、障害者ダイビングの指導員養成コースを開催しています。向かって左がジムです。彼自身も右腕に障害もっています。右は通訳兼日本支部コースディレクターのマイケル・フェイバー氏です。国内では、この5年間の間に約30名の指導員が認定されました。

18 【指導員養成コース】

HSA 指導員養成コースでは、普通医療機関に携わる人だけが持つ障害の専門的な知識をダイビング指導員が持つことにより、リハビリテーションの機会を積極的に広げることを目的に行われています。

コースカリキュラムには、障害者を安全に潜水させるための種々の技術の他、理学療法士などの医療関係者による障害の種類、原因、解剖生理学、心理学等の講習が含まれています。

19 【盲目シミュレーション】

実技講習においては特に、障害のシミュレーションを行ない指導員自身が障害の状態を体験することに時間が費やされます。このスライドは水中マスクに目隠しをして盲目の状態でのダイビングをシミュレーション体験している様子です。

また、この指導員養成コースと並行して、障害者のダイビング講習コースと、すでに講習を終了した障害者ダイバーの、楽しみのためのダイビングコースも開催されます。したがって、コース期間中は宿泊施設では障害者と健常者が同室になり、共同生活を経験することになります。

20 【フローチャート】

障害者が講習を開始するまでには、次のような手続きを踏むことになります。

申込みにともない、HSA JAPANより主治医に対して医学情報の提供等を依頼します。メディ

カルスタッフが、この資料と面接により障害の評価や合併症を再確認し、講習の可否を決定します。講習が可能な場合には、指導員に対し注意事項が説明され、指導員とメディカルスタッフの協力のもとに講習が開始されます。

実技講習に当たってもメディカルスタッフは、水中での観察、実施後の管理、宿舎でのADL指導など大変重要な役割を果たすことになります。メディカルスタッフは、医師、理学療法士、看護婦で構成されています。

21【プール講習の写真】

講習を受ける障害者は、基本的には健常者と全く同じ内容の潜水理論と安全潜水技術の講習を受けることになります。但し、安全潜水技術に関しては障害者特有の練習が含まれます。このスライドはプールでの講習風景です。障害者一人に対し指導員とサポートが付きまます。

22【レスキューの写真】

障害者が水面で腕だけで、仰向けからうつぶせ、またその逆に身体を回転させる技術は大変重要な実技講習になります。そのほかにもプール講習では、レスキューのトレーニングも行ないます。このスライドは、右側の障害者ダイバーが疲労した健常者ダイバーを腕で泳ぎながら岸まで押している様子です。

23【ボートの写真】

プール講習が終わりますと、海洋での実習に移ります。海洋実習のほとんどはボートを利用して行います。ボート上にはクッションとなるようマットを敷きます。また、気温によっては、体温の上昇や低下を防ぐために、体にかかる水やお湯を用意します。

24【マルチレベル】

安全潜水の技術と理論の講習を終了したダイバーは、マルチレベルの認定を受けることになります。C、B、A、の順にランクが上になります。

ここで重要なことは、自己管理と他のダイバーのレスキュー能力になります。その能力により認

定レベルが変わります。初めにCレベルの認定を受けたダイバーもその後の練習により、レベルが向上する場合があります。いずれにしても認定されたダイバーは、一人で潜ることはできません。

25【外山さんのエキジット写真】

ベテランのダイバーになりますと、荷物運びから器材のセットまで、ほとんどのことは自分自身で行なうことができます。上半身の強い方などは、ちょっとした梯子でも自分の腕で昇ってしまい、我々の手を煩わせることなくダイビングを楽しんでいます。

26【水中写真】

水中での障害者ダイバーは腕の推進力により移動します。上の方にいるのは脊髄損傷のダイバーです。下の二人は、脳性麻痺のダイバーを指導員がサポートしているところです。陸上では体重の重い人でも、水中では浮力を調整することにより楽にサポートすることができます。また、これまでの例では自動呼吸装置により、肺活量が健常者の半分も満たない1100Lの四肢麻痺の方も水中で呼吸をすることができました。

27【水中写真】

水中では車椅子から解放されます。また、浮力の調整により直立や倒立など自由に体位を変えることができます。そして、心身ともにリラックスした状態を経験することができます。さらに、水中では障害が目立たなくなります。この二人は、脊髄損傷と脳性麻痺のダイバーです。

28【心拍計の装着】

潜水中の運動強度を調べるために心拍計を装着してみました。彼はダイビングのアシスタントをしながら指導員を目指していますから、ベテランダイバーのうちにはいます。

29【1日の心拍数】

このスライドは朝食後から夕食までの心拍数の変化を示しています。1日の平均心拍数は約100拍程度です。潜水中は除脈の影響もあると思いま

すがベテランほど無駄なエネルギーを使いませんので、心拍数も80拍程度と、ベッドで読書をしている時とあまり変わりません。入浴中や車椅子の乗り降り、移動時の方が高くなっています。

ここで、実際の講習や潜水の様子を5分程度のビデオにまとめてみましたので御覧頂きたいと思えます。

30【障害の分類】

このスライドは、1991年から1995年の間にHSA JAPANで認定されたダイバーの障害の分類を示しています。男性は22歳から63歳までの58名、女性は21歳から68歳までの27名です。

一般健常者のダイビング人口比は、6対4と女性の割合が多いのですが、障害者の場合には男性が多いようです。また年齢も健常者の場合には20代が多いのですが、障害者では30代以上が多いように思われます。他のスポーツと同様にスクーバ・ダイビングも費用が掛かります。こういった生活状態の方々が行っているかといった調査も必要かと思われます。

31【ダイビングの効果】

スクーバ・ダイビングに関するこれまでの研究報告などからは、スクーバ・ダイビングが障害者に対して次のような影響を与えることが予測されます。静脈環流量が増加するため効率よく運動が行なえる。身体の可動性が制限されずに動けるため、調整力、柔軟性、筋力が向上する。健常者と一緒に楽しみを共有できる。と言ったことが考えられます。

またこのほかに、これまでのHSAダイバーの内省報告をまとめてみました。

32【内省報告】

排泄活動が促進された。環境温に対する抵抗力が向上した。積極的な姿勢と心構えが育成された。自立心が高まった。水中では健常者に対し優越感を覚えた。素晴らしい感覚を体験した。と言った声が聞かれています。

33【浴室の写真】

スクーバ・ダイビングにより水中では、障害者も健常者も自由に動くことができますが、陸上では交通、宿泊施設等工夫を必要とする問題が残ります。これは、宿泊施設の浴室にマットを敷き、入浴の準備をしたところです。

34【HSA集合写真】

そこでHSAでは、交通や宿泊施設がよりよいものとなることを願って、リゾート／ホテル評価も行っています。本日お手元に配布させていただきました資料に詳細が載っていますので後ほど御覧頂ければと思います。

国内での障害者ダイビングは始まったばかりで、問題点も多く残されておりま。

指導員やメディカルスタッフの数もそうですし、ダイビングが障害者に与える医科学的な問題やダイビングが危険であるというイメージを拭い去ることも必要です。

皆様の中に興味を持たれている方がいらっしゃいましたら是非ご協力をお願いしたいと思います。

35【おわりに】

最後になりましたが、こういった機会をご提供下さいました太田先生にあらためて御礼を申し上げます。以上です。ありがとうございました。



情報機器アクセシビリティの活動状況

小澤 邦昭

(株)日立製作所情報事業本部情報機器
アクセシビリティ推進室

1. はじめに

(アクセシビリティ推進室の紹介)

- ・理念：情報機器分野での社会貢献
- ・設立：平成4年4月（活動5年目）

・人員：4名（聴覚障害者1名）
（アクセシビリティ推進室）設立までの主な出来事

- 1964 公民権法（人種による雇用差別廃止）
- 1973 リハビリテーション法（障害による雇用差別廃止）
- 1987 電子機器アクセシビリティ指針
- 1988 福祉システム研究会が指針を翻訳
- 1990 通産省が日本版指針を公表→日立社内に指針対応委員会設立
- 1990 ADA法成立
- 1991 日立の企業理念の見直し*
- 1992（アクセシビリティ推進室）設立
*「社業を通じて社会に貢献する」→
「積極的な社会貢献活動を通じ、良識ある市民として真に豊かな社会の実現に尽力」

2. 情報処理機器アクセシビリティ指針

入力基本仕様（標準キーボード対策）

1. 順次入力（注）*：平成7年追加項目
2. 反復入力条件設定
3. キー入力確定条件設定
4. マウス代行
5. トグルキー状態表示
6. 接続インタフェース公開
7. キーガード提供
8. キー触覚識別手段の提供

出力基本仕様（ディスプレイ対策）

1. 画面拡大表示
2. 画面表示文字の音声化
3. 表示中の画面情報出力
4. *出力情報の多重表現
5. 表示色変更
6. *GUI対策
7. *音声話速設定

文書基本仕様

1. 電子化文書の提供

その他の注意事項

1. *情報処理機器間情報送受信
2. *情報処理機器のFAX対応
3. 代替入出力装置
4. 電源操作やリセットスイッチの操作性

5. 周辺装置の操作性
6. *携帯性への配慮
7. 問合せ窓口の明確化

3. 企業の取組み

- [出力-4] 出力情報の多重表現
 - ・手話アニメーション編集ツール（日立）
- [出力-6] GUI対
 - ・95リーダー（日本障害者雇用促進協会）
- [出力-7] 音声話速設定
 - ・リスニングメイト（日立）
- [他-1] 情報処理機器間情報送受信
- [他-2] 情報処理機器のFAX対応
 - ・各社対応ならびに検討中
- [他-6] 携帯性への配慮
 - ・音声合成カード（日立マイコン）

4. 普及活動

1. 指針説明会
 - ・平成7年度から3年かけ全国で開催（毎年度16都市で開催）
 - ・内容：
 - 指針ができるまでの経緯
 - 指針の内容
 - 指針の活用効果
2. 展示会
 - ・データショウ・アクセシビリティコーナー
 - ・国際福祉機器展
 - ・バリアフリー展
 - ・ATACなど
3. 情報提供
 - ・こころリソースブック（香川大学）
 - ・こころWeb（日本IBM）

5. 課題と解決案

1. フィットティング等の保守
 - ・メーカー：ユーザの過度な負担とならない「保守体制」を模索
 - ・障害者支援団体：自主的な保守活動
（例）日本ALS協会近畿ブロック
→メーカーと障害者支援団体との協力さらには、公的な支援

2. コンピュータ教育

- ・ユーザ：操作を教えてもらいたい
- ・障害者団体：ノウハウ蓄積
(例) 身体障害者授産施設ワイドビジョン
→障害者が障害者に教えることの普及

6. おわりに

- ・機器開発体制は整ってきた
(アクセシビリティ指針、開発費補助)

- ・普及活動も定着してきた(展示会、情報提供)
- ・今後は次の課題への「協体制」
(行政、メーカ、障害者及び関係者など)
フィッティングなどの保守
障害者へのコンピュータ教育
→ALS患者向け意志伝達装置を例にメーカ、病院、
障害者支援団体などと協体制を取る試みを
計画中

情報機器アクセシビリティの活動状況

目次

- | | |
|-----------|---------------------|
| 1. はじめに | 2. 情報処理機器アクセシビリティ指針 |
| 3. 企業の取組み | 4. 普及活動 |
| 5. 課題と解決策 | 6. おわりに |

平成8年12月15日

(株)日立製作所 情報事業本部 情報機器アクセシビリティ推進室
小澤 邦昭

1. はじめに

(アセ推)の紹介

- ・理念：情報機器分野での社会貢献
- ・設立：平成4年4月(活動5年目)
- ・人員：4名(聴覚障害者1名)

(アセ推)設立までの主な出来事

- 1964 公民権法(人権による雇用差別廃止)
- 1973 リハビリテーション法(障害にク)
- 1987 電子機器アクセシビリティ指針
- 1988 福祉システム研究会が指針を翻訳
- 1990 通産省が日本版指針を公表→日立社内に指針対応委員会設立
- 1990 ADA法成立
- 1991 日立の企業理念の見直し*
- 1992 (アセ推)設立

*「社業を通じて社会に貢献する」→「積極的な社会貢献活動を通じ、良識ある市民として真に豊かな社会の実現に尽力」

2. 情報処理機器アクセシビリティ指針

—入力基本仕様(標準キーボード対策)

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1. 順次入力 | (注)*：平成7年追加項目 |
| 2. 反復入力条件設定 | 3. キー入力確定条件設定 |
| 4. マウス代行 | 5. トグルキー状態表示 |
| 6. 接続インターフェイス公開 | 7. キーガード提供 |

—出力基本仕様(ディスプレイ対策)

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. 画面拡大表示 | 2. 画面表示文字の音声化 |
| 3. 表示中の画面情報出力 | 4. *出力情報の多重表現 |
| 5. 表示色変更 | 6. *GUI対策 |
| 7. *音声話速設定 | |

—文書基本仕様

- 1. 電子化文書の提供

—その他の注意事項

- | | |
|----------------------|-------------|
| 1. *情報処理機器間情報送受信 | |
| 2. *情報処理機器のFAX対応 | 3. 代替入出力装置 |
| 4. 電源操作やリセットスイッチの操作性 | |
| 5. 周辺装置の操作性 | 6. *携帯性への配慮 |
| 7. 問合せ窓口の明確化 | |

3. 企業の取組み

[出力-4] 出力情報の多重表現

- ・手話アニメーション編集ツール(日立)

[出力-6] GUI対策

- ・95リーダー(日本障害者雇用促進協会)

[出力-7] 音声話速設定

- ・リスニングメイト(日立)

[他-1] 情報処理機器間情報送受信

[他-2] 情報処理機器のFAX対応

- ・各社対応ならびに検討中

[他-6] 携帯性への配慮

- ・音声合成カード

4. 普及活動

4.1 指針説明会

- ・平成7年度から3年かけ全国で開催
(毎年度16都市で開催)
- ・内容：—指針ができるまでの経緯
—指針のないよう
—指針の活用効果

4.2 展示会

- ・デモンストラショウ・アクセシビリティコーナー
- ・国際福祉機器展 ・バリアフリー展 ・ATACなど

4.3 情報提供

- ・こころリソースブック(香川大学) ・こころWeb(日本IBM)

5. 課題と解決策

5.1 フィッティング等の保守

- ・メーカ：ユーザの過度な負担とならない「保守体制」を模索
- ・障害者支援団体：自主的な保守活動
(例) 日本ALS協会近畿ブロック
→メーカと障害者支援団体との協力さらには、公的な支援

5.2 コンピュータ教育

- ・ユーザ：操作を教えてもらいたい
- ・障害者団体：ノウハウ蓄積
(例) 身体障害者授産施設ワイドビジョン
→障害者が障害者に教えることの普及

6. おわりに

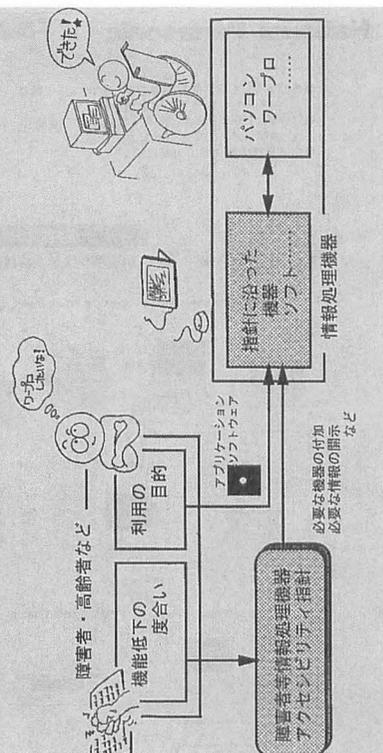
- ・機器開発体制は整ってきた
(アクセシビリティ指針、開発費補助)
- ・普及活動も定着してきた
(展示会、情報提供)
- ・今後は次の課題への「協体制」
(行政、メーカ、障害者及び関係者など)
—フィッティングなどの保守
—障害者へのコンピュータ教育
→ALS患者向け意志伝達装置を例にメーカ、病院、障害者支援団体
などと協体制を取る試みを計画中

4

障害者等の利用における指針の位置付け

障害者等情報処理機器アクセシビリティ指針の位置付け

一 指針は、障害者や高齢者等と、情報処理機器をどのように結びつけているのでしょうか？



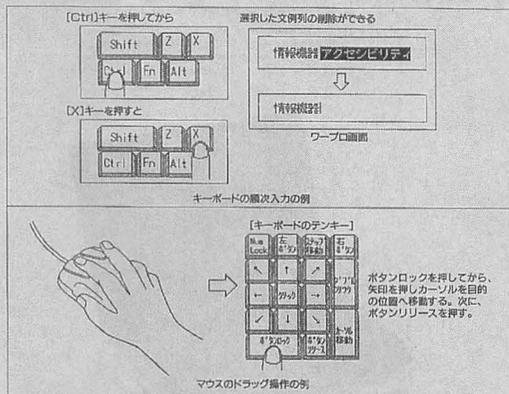
HITACHI

〈障害者等情報処理機器アクセシビリティ指針対応〉

順次入カソフト 順次キー

Version 2.0

FLQFAシリーズ用



手の不自由な人にキーボード・マウス操作をサポートします。

日立アクセシビリティ情報サービス
Friendly Step
1-800-0111-1111

パソコンに順次キーを組み込むと、キーボードの2つのキーを同時に押す操作の代わりに、順次にキーを押すようになります。また、キーボードのファンキーを押すことで、マウス操作を行うことができます。

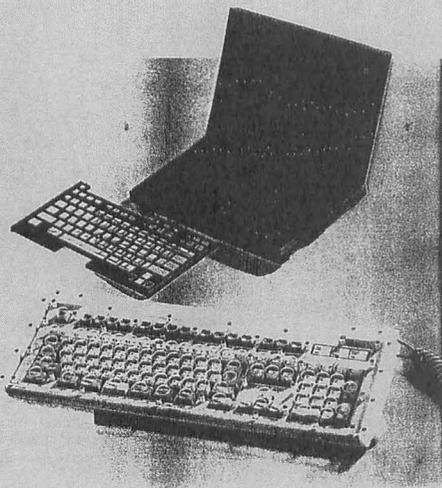
APTi

IBM Special Needs System シリーズ
キーガード

Accessibility
Mobility

間違えて他のキーにさわらそうだったら、キーガードを使ってみませんか？

キーボード操作を確実にするためにキーボードの上に敷せる補助具です。各キーに対応する位置に突起があるので、間違ったキーの操作を防ぎます。



富士通アクセシビリティシリーズ

文字の読み上げ・拡大表示ソフトウェア

FWITALKII V2.1

読み上げ機能

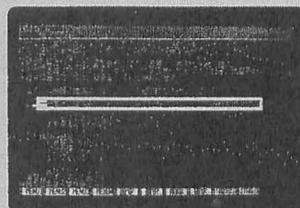
拡大表示機能

□□辞書検索機能

文字入力時やディスプレイに表示される文字を合成音声で音読に読み上げる機能です。

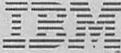
ディスプレイに表示される文字を倍らかな身体で拡大表示する機能です。拡大したまま文字入力したの、読み上げ機能と併用いただけます。

市販のCD-ROM辞書も簡単に音読で読み上げることができます。



ワンタッチで簡単に切替

一般向けの標準品で、身体の障害を補完するための付加機能を提供する

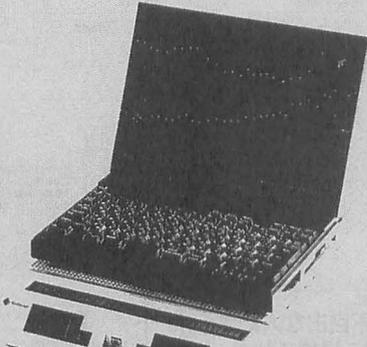


Special Needs System シリーズ

Accessibility Vision

コンピューター画面の内容を点字で読みましょう。

画面上的情報を録音された点字ディスプレイ（福祉製品）上に出力するプログラムで、高字高行の視覚障害者向けに「スクリーン・リーダー」をコンピュータで利用できることが可能になります。これは「スクリーン・リーダー」を計算機・ディスプレイ・キーボード・マウス・プリンター・スピーカと接続し、コンピュータは「DOS」の標準的なプログラムに適用できます。



National/Panasonic 点字翻訳システム '96

カタログ

- 専門家無しで点字文書内容をその場でスピード確認
スキャナ入力 かな文書出力
- ワープロで作成したかな漢字文書をスピード変換
点字/カタカナ文書同時出力
- 点字文書の複数部出力が可能

点字翻訳システム
用途別システム構成図 (3タイプ)

● 点字翻訳システム標準版 <点字文書・かな文書の相互変換>

OCR機能付

スキャナ (DT-3000 W/2)

Windowsパソコン (Panasonicシステム 漢語対応)

プリンタ (KA-7400 W)

点字プリンタ (ST-6000)

● 点字翻訳システム簡易版 <点字文書からかな文書へ>

スキャナ

Windowsパソコン

プリンタ

● 日本語自動点字システム <かな漢字文書から点字文書へ>

Windowsパソコン

A字プリンタ

※標準オプション (ST-6000 W/2) は別売です。
※対応OS: (DT-3000 W/2) はMS-DOS/Windows (NT) 対応です。

RICOH

リコー 点字プロッター TZ100

点図くん

「点字や点図をサービスに取り入れたい」とお考えの皆様には、世間標準をお持ちの方とは、多少の慣れが必要です。そんな視点から、リコーはこの度「点図くん」を開発。従来の点字プリンターでは表現できなかった、複雑な点図（親点により図形を表現するもの）の描画を実現し、点字サービスの可能性を大きく広げることができました。

さらに、新モデルキー・商業技術センター開発機構(NEDO)の開発助成により、導入コストを大幅にダウン。これからは、点字サービスを始める方も、各種に豊富なフルカラー印刷が、お役に立ちます。

点字プロッター TZ100

NEDO 開発助成事業
開発費補助金
対象製品

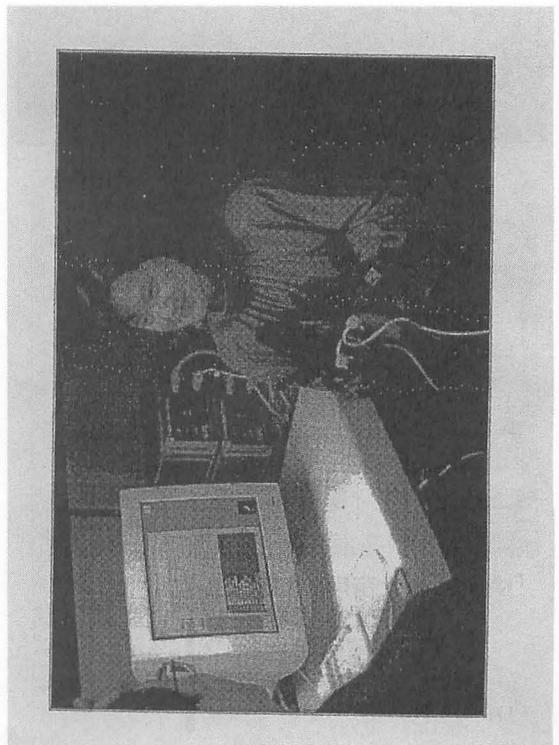
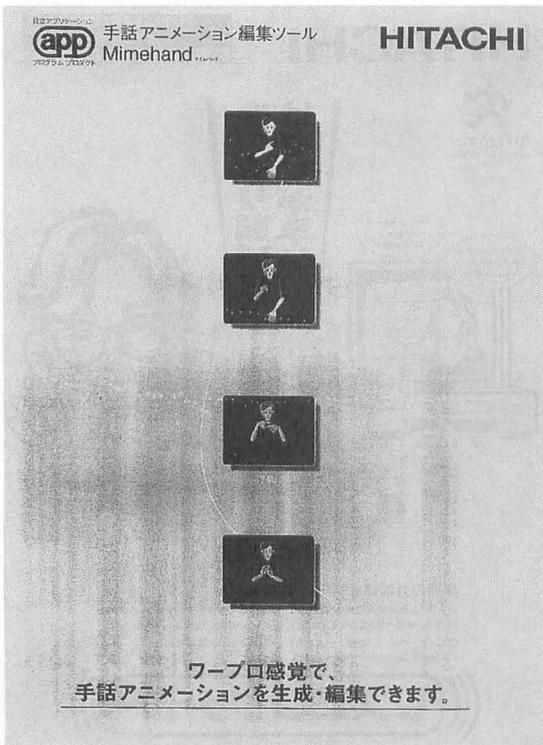
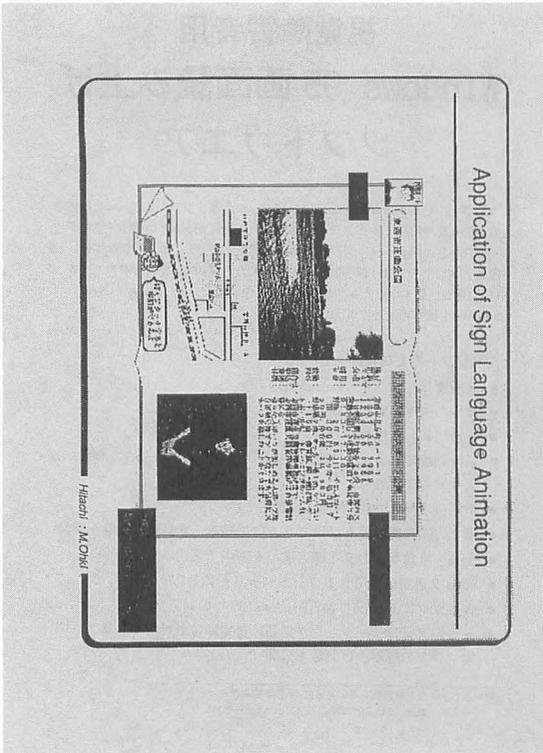
NEC

意思伝達装置
トーキングパートナー
TALKING PARTNER



音声出力で意思伝達やコミュニケーションを支援します。
スイッチひとつで簡単に操作できます。

文章登録でスムーズな会話が行えます。
単語や文字の選択で、文章作成も簡単に行えます。
利用者にあわせてさまざまなスイッチが利用できます。





95Reader
ver 1.0

95Reader 基本操作

株式会社システムソリューションセンターとちぎ

視覚障害者用 Windows 95 画面読み上げ ソフトウェア

職場を中心に普及が目覚ましいコンピュータの基本ソフトWindowsを視覚障害者にも使用可能にするソフトを開発した。通常Windowsは画面を見ながらマウスなどのポインティングデバイスで操作するが、これは視覚障害者には困難。本ソフトでは、画面の状況やキー入力を聞き取りやすい音声で読み上げ、画面が見えなくても、またマウスを使わなくても、キーボードからWindowsを操作可能とする。

開発ソフトの主な特徴：

- キー操作だけでWindowsが使用可能
- 専用の音声合成器が不要
- 「音切れ」が慣れており、小気味よい操作感を実現
- 音声の速度・高さ・句読点での間・アクセントの強さ・声質がカスタマイズ可能
- 汎用日本語入力機能(IME)に対応
- 漢字の同音異義語を区別できる詳細読み・音訓読み機能を装備
- 全角・半角などの文字種の違いを音声で区別
- Word文書を編集できるワードパッドへの対応
- 表計算ソフトExcel for Windows 95への対応
- 一般のアプリケーションが容易に視覚障害者対応できるように本ソフトの読み上げ関数を公開

問い合わせ：日本障害者雇用促進協会 障害者職業総合センター
電話：049-297-9024 FAX：043-297-9058

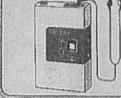
ポータブル話速変換装置

参考出品





音をゆっくり

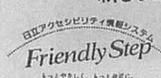




音をゆっくり

「ゆっくり」した音声に変換して、聴きとりを補助する新しいコミュニケーションサポート装置。

早口な発言は、聴取の方には聞き取りにくい音声のひとつです。従来の補助器では遅かった、音声の集約加工をデジタル信号処理によって実現したポータブル話速変換装置です。マイクを通して入力した音声のほか、ラジオやテープレコーダの音声も、音の高低を調整して「ゆっくり」話したようにリアルタイムで変換します。



HITACHI

デジタル話速変換機能付
語学学習器
LM-70 46,000円(税別) '95-10



はなしが早い。
ゆっくり聞けば、
ゆっくりに聞けば、
はなしが早い。



新発売



早口の外国語も「ゆっくり」聞き取る。ぐんぐん上達する。

- デジタル話速変換機能：高性能MPUで聞き取りの音声速度をリアルタイムで変換。音程・音質・明瞭度は変えずに、あたかも「ゆっくり」話しているように聞ける。
- CMメモリ・リピード機能：何度も聞きたい部分や自分の発音をCMメモリにデジタル録音し、同時に繰り返し聞ける。

((リスニングメイト))

IBM. [こころWeb](#) [こころWeb](#)

[in English]

こころリソースブック 1996年版

コミュニケーション・エイド
コミュニケーション・支援装置
スイッチと視線
スイッチと視線のつくりかた

- 目次
 - 主旨・まえがき
 - 第1部 コミュニケーション・エイド
 - 第2部 スイッチおよび視線制御装置
 - 第3部 コンピューター関連装置
 - 第4部 特殊教育およびリハビリテーション関連ソフトウェア
 - 付録 その他の製品情報
- 索引・検索
 - ニーズ別索引
 - 製品元および製造元索引
 - 製品名索引
 - 全文検索
- その他の情報
 - 情報リソース
 - 相談機関

[こころWeb]こころリソースブック | ご意見・ご感想 | 著作権・商標 |
 [IBM home page] 日本IBM |
 Last modified: Fri Aug 3 1996

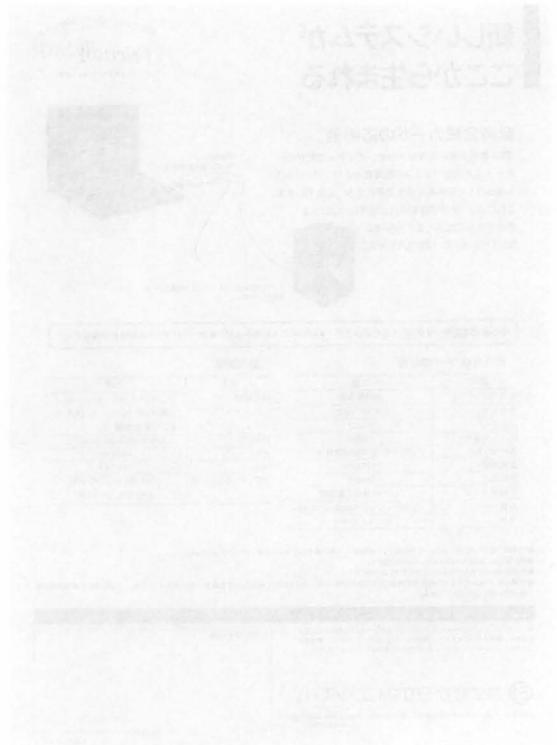
HITACHI
 (障害者等情報処理機器アクセシビリティ指針対応)
意志伝達装置 パン筆A
 スイッチを押せなくなった方向け (参考出展)

パソコン 支持台 永久磁石 磁気センサ

**ALS(筋萎縮性側索硬化症)患者
 などスイッチを押せなくなった方の
 コミュニケーションを支援します。**

● 医療用永久磁石を貼った身体部位(例えば顔)などを動かして、文章を作成します。磁気センサが磁石の動きにより発生する磁場の乱れを感知し、スイッチを押したのと同じ働きをします。
 ● 文字線上を指差すカーソルの方向を反転させることができます。
 ● 支那語によりパソコン(LD104 PCN)を見やすい位置・向きに設置できます。

本装置の開発にあたり、財団法人テクノエイド協会の福祉用具研究開発助成金を賜りました。
 また、北里大学医療院よりご協力を頂きました。



分科会B—4



公的介護保険制度と在宅リハビリテーション

	まとめ	〔座長〕香川幸次郎
地域リハビリテーションと公的介護保険		竹内 孝仁
御調町地域包括ケアシステムと公的介護保険		林 拓男
青木医院モデルと公的介護保険		青木 佳之
町村の取り組みと公的介護保険		松川 誠

歳の年齢層については、老化性疾患に限定されそう
で、脳卒中等は対象となる見込みはあるものの、
外傷性の脳、脊髄損傷や成人脳性麻痺などは対象
外となりそうな気配である。これらは障害者ゴー
ルドプランと合わせて今後の推移を見ていく必要
がある。

1. 医療保険との関係

介護保険の登場は、単にこれだけに留まらず、
来年予定されている医療保険の改訂と抱き合わせ
となり、リハビリテーションとの関係では医療、
介護保険と一体化して考えた方が整理しやすい。
地域リハは「地域」での問題ではあるが、多くの
対象者は医療の場からスタートするため、地域リ
ハ以前の体制がどうなるかが比較的重要である。

現在の予想では、慢性期の障害については医療
保険から介護保険へシフトするようである。ただ
しこのことが、医療の場から地域への流れがどの
ようになっていくかははっきりしていない。おそ
らく実施されてからしばらくの間の実態を見る必
要がある。

しかし、慢性期の障害者が多く利用すると予想
される介護力強化病院や老人保健施設などが、介
護保険の実施に向けて、後に述べるケアマネジメ
ントに重大な関心を持ちはじめ、研修などの学習
活動が活発化している。ケアマネジメントが在宅
サービスの提供方式であることをみれば、これら
の施設が一段と在宅（地域）への接近を試みて
いることになる。

2. 要介護度認定とケアマネジメント

在宅高齢障害者への介護保険の適用は、まず要
介護度認定を行うことから始まることになる。今
のところこれは6段階に分けられるようで、平成
9年1月～3月の期間に都道府県で各1～2カ所
のモデル区市町村での試行が準備されている。

在宅サービスの申請者はこの要介護度認定に基
づき、そのレベルに応じたサービス（ケア）が給
付されることになる。この給付に際して申し出が
あればニーズのアセスメントとサービス（ケア）
計画が行われる（これをケアマネジメントサービ
スという）。このほかに本人や家族が自らの判断

によってサービスを申請することも可能で、この
場合にはケアマネジメント（ケアマネジャーによ
るアセスメントとサービスプランの立案）は行わ
れない。

3. トーンダウンしてきた「自立支援・社会参加」 と「地域リハセンター」

介護保険法案にいたる各種の検討では、自立支
援や社会参加が強調されていたにもかかわらず、
具体化の現在ではこの考え方がかなりトーンダ
ウンしてきた印象がある。

その中であって「地域リハビリテーションセン
ター」の設置構想は注目しうるものといえる。た
だし、具体策の未決定な介護法案を受けて、まだ
この地域リハセンターの内容、規模、設置数も明
らかになっていない。これまでの他の機関から想
像するに、厚生省は訪問看護ステーション、ヘル
パーステーションなどと横並びの「PT・OTステ
ーション」を考えているようで、サービス内容も
機能維持的訓練の提供で終わりそうな気配であ
る。機能・能力面での自立はテーマとなりえても、
地域リハでいう「社会的自立」や「社会参加支援」
が活動として盛り込まれるかどうかは難しいよ
うである。

ただし法律上は、機能訓練のサービスとされて
いても、リハ専門職が関わる機関である以上、そ
の運用のしかたによって地域リハ本来の活動は不
可能ではないことも確かで、すべてはこれらのセ
ンターに従事するスタッフの思想と、それに基づ
くセンターのスタッフ構成や規模への提案などに
かかってくるように思われる。在宅支援センター、
訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、
デイサービスセンター、デイケアセンターなどと
連携、協調を図りつつ、文言どおり地域リハのセ
ンターとして機能していくか否かにかかってくる。

4. まとめ

介護保険は、本人および家族への在宅サービス
に重点が置かれ、地域リハのもう1つの課題であ
る社会参加——ノーマライゼーションの視点が希
薄となっている。また在宅サービスといえども、

健・医療・福祉の連携、マンパワーの充実、拠点の整備などが重要であり、その地域に合った包括ケアシステムが構築されることが必要と考えています。

(スライド6)

一般に現在の高齢者介護の問題点として、スライドに示すように、家族介護の限界、制度間の格差、社会的要因による長期入院、在宅での公的サービスが不十分などがあげられています。

(スライド7)

このことを解決する1つの手段として、公的介護保険制度が審議され、スライドに示す8項目が基本目標として提示されていることは、周知のとおりです。

(スライド8)

介護給付の対象とするサービスとして、在宅サービス12項目、施設サービス3項目が示されています。このなかでグループホームは今後の整備が期待されています。また現在制度としてはあっても、運用がうまくいっていないものは、福祉用具サービス、住宅改修、ケアマネジメントサービスであろうと、個人的には考えています。

(スライド9)

御調町には3つの在宅ケアの拠点があります。第1の拠点は病院と健康管理センターです。ここでは医療的要素の強いケースに対応した頻回の訪問看護・訪問リハビリテーションを行っています。特に最近経管栄養や留置カテーテルでの退院、中心静脈栄養（IVH）、腹膜灌流（CAPD）、人工呼吸装置装着、在宅酸素療法などハイレベルの在宅医療の必要なケースが徐々に増加しており、必要性が高まっています。また健康管理センターはホームヘルプ活動の拠点でもあります。第2の拠点は老人保健施設と在宅介護支援センターです。ここでは老人保健施設の退所者と支援センターの相談者に対して訪問看護（介護）等を行っています。第3の拠点は訪問看護ステーションです。ここでは開業医が主治医のケースと介護を主体とした看護を行っています。これらの3つの拠点到ふれあいの里老人リハビリテーションセンターを含め、それぞれが役割を分担し相互連携を保ちながら、総合的なケアシステムも運営していま

す。

(スライド10)

在宅ケアは「つくられた寝たきり」の予防が基本目標です。御調町の「寝たきりゼロ作戦」は、訪問サービスと通所サービスを用いながら、寝たきりにならない環境整備を含め日常生活の活性化を図っています。訪問看護・介助・訪問リハビリでは、在宅での機能回復・維持のための生活の仕方など生活指導、家族への援助・指導及び生活自立のための家屋改造の指導、家族の介護力の評価など援助は多方面にわたっています。以下、平成7年度の活動実績を紹介いたします。

スライドは訪問看護の活動実績です。訪問看護は健康管理センターの保健婦を中心に行われています。現在センターの保健婦8名、看護婦1名、外来看護婦1名が担当しており、平成7年度は256名に対して3,906件の訪問看護を行いました。センター保健婦はもともと町保健婦と病院保健婦から成り、訪問看護婦として病院保健婦を採用してきた経緯があります。従って、センター保健婦は行政の訪問看護指導にとどまらず、病院保健婦の立場での訪問看護にも積極的に取り組んでいます。

(スライド11)

ホームヘルプ活動の実績です。ホームヘルパー7名で、平成7年度は439名に対して、4,594件の訪問を行いました。内訳は申請者61名、3,688件、非申請者378名、906件です。非申請者とは正式に派遣を申請していませんが、一人暮らし老人など今後申請の可能性があり、見守りを必要とするケースです。内容は家事援助活動と介護活動で、前者が約6割、後者が4割を占めていました。ケースによって、保健婦、介護福祉士、療法士、ソーシャルワーカー、訪問看護ステーションスタッフとの同行訪問や、福祉バンク協力会員との訪問も行っています。平成7年度からは24時間ケア体制へ向けて、早朝ケア、ナイトパトロールも実施しています。

(スライド12)

訪問リハビリテーションの活動実績です。御調町では訪問リハビリテーションを昭和56年から行っており、その活動は地域包括医療の展開や病院

の患者数の増加、診療圏の拡大、老人保健施設「みつぎの苑」の開設などに伴い、年々活発化してきました。平成7年度の訪問件数は、町内356件、町外346件の計702件で、このうち保健婦との動向訪問は149件（21%）を占めており、105件の家屋改造を行いました。訪問リハビリテーションの目的は、ケースのできる限りの生活自立と家族支援です。特に障害老人の場合は、日常生活の活性化とともに寝たきりにならない環境整備が必要となります。従って、訪問リハビリテーションの内容は、在宅での機能回復・維持のための生活の仕方などの生活指導、家族への援助・指導及び生活自立のための家屋改造の指導などが主なものです。家屋改造の内訳をスライド下段に示します。現在はその大部分をリハスタッフ自らが行っており、早く、的確にという点では好評で、リフォームヘルパー制度を活用しながら、充実を図っているところです。

（スライド13）

在宅介護支援センターの活動実績です。在宅介護支援センターは、在宅介護に関する24時間体制の相談窓口です。看護婦、介護福祉士、ソーシャルワーカー各1名が、併設の老人保健施設のスタッフとともに、実働部門としても活動しています。平成7年度は219名に対して1,564件の訪問活動を行いました。内訳は町内86名、町外131名で、保健婦などとの同行訪問が約7割を占めています。

（スライド14）

訪問看護ステーションの活動実績です。平成4年5月病院内に老人訪問看護ステーションを開設し、現在常勤5名、非常勤12名の看護婦が従事していますが、介護に重点を置いた看護としての役割を果たしています。平成7年4月、訪問看護ステーション「みつぎ」と名称変更し、難病、痴呆にも対応しています。平成7年度は108名の対象者に対して、4,692件の訪問看護を行いました。町内2,431件、町外2,261件とほぼ半数ずつで、指示書の約4割は開業医からのものでした。訪問の約7割は同行訪問の形態を取っており、同行職種としては保健婦が最も多く、次が介護福祉士でした。

（スライド15）

通所は訪問とともに在宅ケアの車の両輪をなしています。しかし寝たきりなどの要介護老人にとっては、合併症や体力の低下、心理的問題などにより最初から通所を行うことは困難なことが多く、まず訪問看護（介護）、訪問リハビリテーションによる指導・励ましが欠かせません。訪問により家族状況、生活状況を把握しながら、機能訓練事業やデイケアへの参加を促したり、ショートステイの利用など家族の介護負担軽減のための関わりが必要です。御調町ではスライドのように、老人保健施設デイケアと機能訓練事業が通所サービスとして機能しています。閉じこもりがちな虚弱老人に対しては通所への参加が望ましく、日常生活の活性化という点では、通所に結びつけるために訪問活動があるという視点が重要と考えています。

（スライド16）

在宅ケアを推進していくためには、対象者の把握と、生活障害の評価やニーズに応じたサービスの調整（ケアマネジメント）が重要です。このための会議として、在宅ケア連絡会議、地域ケア会議を行っています。

在宅ケア連絡会議は毎月1回、第1木曜日の15時30分から17時までの1時間30分行っています。この会議は病院・老人保健施設のスタッフと地域のスタッフとの間の情報交換が目的で、前月に退院・退所した援助を必要とする全てのケースを対象としています。また退院・退所が予定されているケースで、在宅生活維持のために問題があれば、事前に検討しています。在宅ケアのスタートとなる対象者の把握のためには、病院・老人保健施設を退院・退所してくるケースを、早く正確に把握することです。町外の医療機関などの場合には、脳卒中情報システムや在宅療養情報提供票による報告書が重要な情報源となります。

（スライド17）

対象者の把握のもう一つの方法は、家庭生活の中で機能低下を生じるケースで、地区担当の保健婦、ホームヘルパーからの情報や民生委員、近隣の住民からの情報が求められます。むしろ地域では、医療機関などに関わりなく、寝たきり化していくケースの存在が少なくありません。従って、

このような地域からの情報が重要であり、さらに情報は一カ所に集中することが必要です。

地域ケア会議は、援助を必要とする全ての人を対象として、保健婦、看護婦、ホームヘルパー、介護福祉士、療法士、メディカルソーシャルワーカー、医師（病院医師および開業医）、社会福祉協議会、健康管理センター福祉係などが参加して毎週1回、月曜日16時から17時までの1時間行っています。

地域ケア会議は、高齢者サービス調整チームの実務者レベルの会議として位置づけられており、個々のケースのニーズに応じて、サービスを柔軟に調整していく場となっています。地域包括ケアシステムのハードとソフトをうまくリンクさせるための役割、即ちケアマネジメント機関としての機能を果たしているといえます。保健・医療・福祉の現場の全ての情報がこの会議に集中し、この会議を通して、それぞれの職種が生活障害を総合的に評価し、その中で自分の役割を認識し、サービスを提供します。更にこの会議を、自分ができないところを誰に相談し、誰が担うのかをつかんでいく「場」としており、スタッフの育成・連携にもつながっています。

(スライド18)

地域ケア会議でケースを通じて明らかになったより大きな問題点については、年4回開催される高齢者サービス調整チームの管理者レベルの会議へと上申され検討されます。住民のニーズより生じた新たなサービスを創り出していくのも地域ケア会議の役割といえます。ケースの情報と基本方針の共有ができれば、それに基づいた週間プログラムなど具体的なサービスの調整が、3拠点会議で行われます。

(スライド19・20)

御調町における訪問活動について述べてきましたが、高齢化の進行とともに、援助を必要とするケースは年々増加しています。また医療依存度の高いケースも増えつつあり、マンパワーの充実とともに、スタッフの教育、ケアの質の向上などが今後の課題としてあげられます。また町内のケースでは、地区担当保健婦に退院・退所後の訪問看護を依頼できますが、町外の場合は現状では市町

村のサービスに格差があり、必要なサービスの確保が困難な場合は、健康管理センターや訪問看護ステーションからの訪問で対応しています。今後は高齢者（障害者）自身によるサービスの選択ということを目指して、本人が希望すればランクC、Bでも在宅一人暮らしが可能のように、24時間、365日ケア体制の確立が必要です。更に介護保険制度を見据えて、ケアマネジメント、ケアプラン作成機関の充実を図ることも急務です。また地域社会での生活の質を考えるならば、公的サービスだけでなく、福祉バンクなどのボランティア活動との連携を図っていくことも重要な課題としてあげられます。障害を持って、年をとって身体が不自由になっても、その人らしい生活が確保できるような地域社会としていくために、公的介護保険制度を活用していくことが期待されます。御調町のこれまでの活動を通して、公的介護保険制度の主に運用に際しての問題点を整理してスライドに示します。

〈スライド1〉

第19回総合リハビリテーション大会
分科会B-4 公的介護保険制度と在宅リハビリテーション

御調町地域包括ケアシステムと 公的介護保険

公立みづき総合病院
整形外科 林 拓男

〈スライド8〉

介護給付の対象とするサービス

在宅サービス

1. ホームヘルプサービス
2. デイサービス
3. リハビリテーションサービス
4. ショートステイ
5. 訪問看護
6. 福祉用具サービス
7. グループホーム
8. 住宅改修
9. 訪問入浴
10. 医学的管理サービス
11. 有料老人ホーム等における介護サービス
12. ケアマネジメントサービス

施設サービス

1. 特別養護老人ホーム
2. 老人保健施設
3. 療養型病床群等の介護体制の整った医療施設

〈スライド6〉

高齢者介護の問題点

1. 家族介護の限界
2. 制度間の落差
窓口、サービスの受け方、費用負担
自己負担が異なる
3. 社会的要因による長期入院
4. 在宅での公的サービスが不十分

〈スライド9〉

御調町在宅ケアの拠点

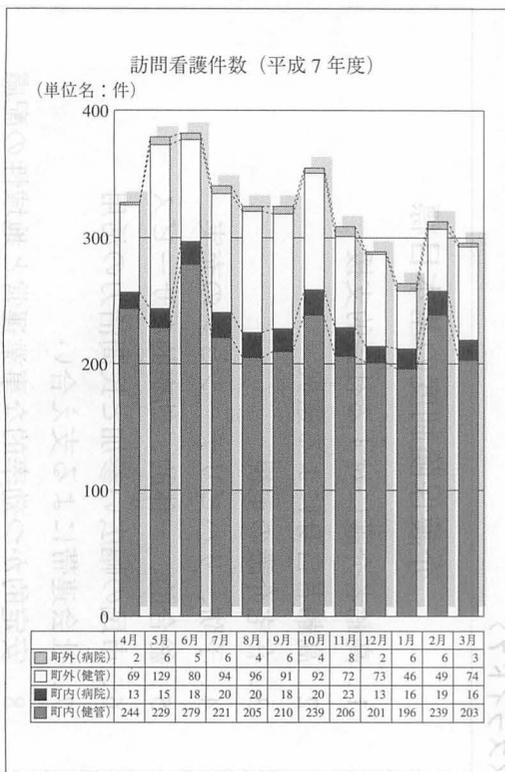
1. 公立みつぎ総合病院と健康管理センター
(広島県立ふれあいの里老人リハセンター)
2. 老人保健施設「みつぎの苑」と在宅介護支援センター
(広島県地域介護実習普及センター)
3. 訪問看護ステーション

〈スライド7〉

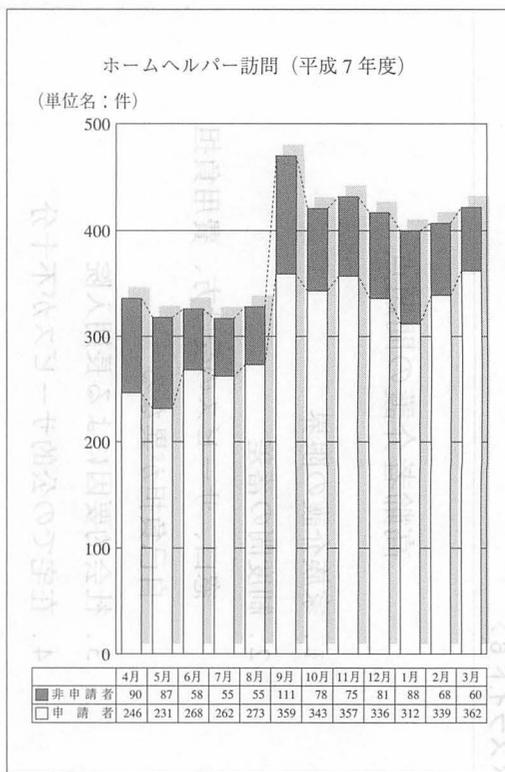
介護保険制度の基本目標

1. 高齢者介護に対する社会的支援
2. 高齢者自身による選択
3. 在宅介護の重視
4. 予防、リハビリテーションの充実
5. 総合的、一体的、効率的なサービス
6. 市民の幅広い参加と民間活力の活用
7. 社会連帯による支え合い
8. 安定的かつ効率的な事業運営と地域性の配慮

〈スライド10〉



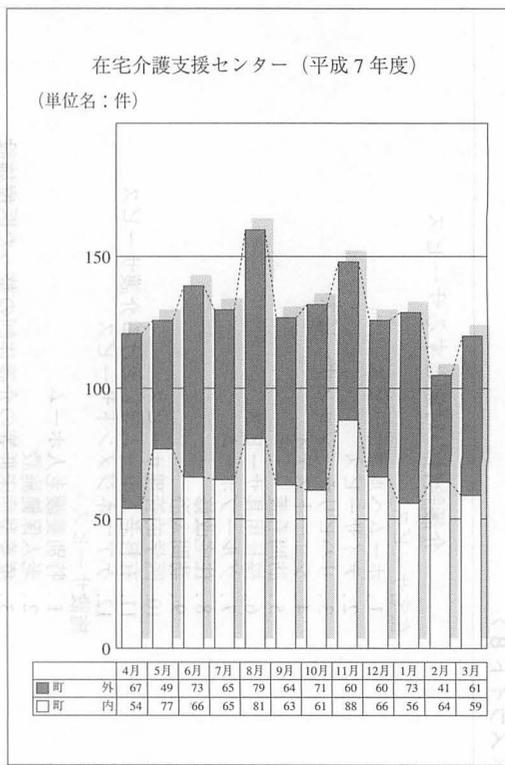
〈スライド11〉



〈スライド12〉



〈スライド13〉



<スライド16>

在宅ケア連絡会議

- 毎月1回開催（第1木曜日15:00-17:00）
- 病院、老健施設スタッフと地域スタッフとの情報交換
- 前月に病院（老健施設）を退院（退所）したすべてのケース
- 退院（退所）予定で問題を抱えたケースを対象

<スライド14>

訪問看護ステーション（平成7年度）

- 実人数 108人（平均年齢80.9歳） 男49人 女59人
町内 49人 町外 59人
公立みつぎ病院 65人 他院 43人
- 件数 4,692件
町内 2,431件 町外 2,261件
単独訪問 1,464件 同行訪問 3,228件
同行職種
保健婦 1,894件 療法士 19件 介護福祉士 968件 その他 370件
- 処置件数 延べ30,777件
処置内容
看護 1,549件（5%） リハビリ 9,640件（31%）
介護 19,588件（64%）

<スライド17>

地域ケア会議

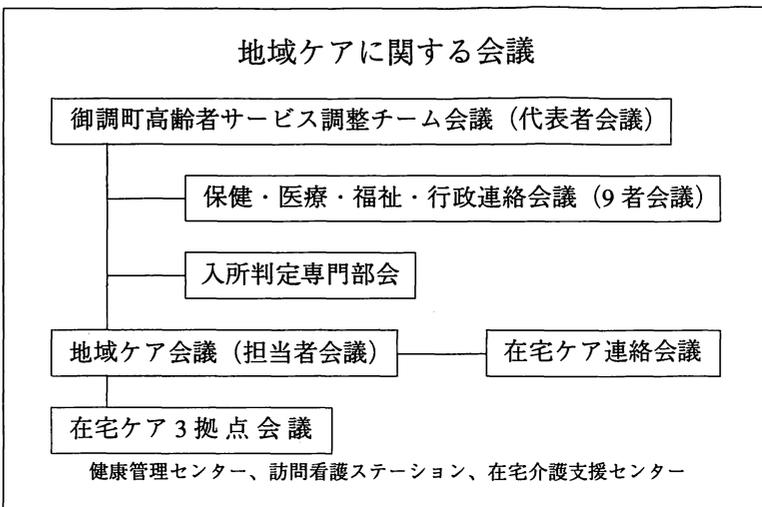
- 毎週1回開催（月曜日16:00-17:00）
- 高齢者サービス調整チーム会議の実務者レベルの会議としての位置づけ（在宅ケアに直接関わるすべてのスタッフ）
- すべての要介護、要援護老人を対象（把握も含めて）
- ケアマネジメント
ニーズの把握、生活障害の評価、ケアプラン作成、再評価（定期的評価）
- 関わるスタッフがケースに対して共通の評価と方針を持つ
- スタッフの教育の場

<スライド15>

通所活動（平成7年度）

- 老人保健施設「みつぎの苑」
デイケア登録者 287人（平均年齢81.8歳）
男 55人（19%） 女 232人（81%）
延べ利用者数 9,128人（一日平均29.2人）
ナイトケア登録者 26人（平均年齢79.5歳）
男 9人（35%） 女 17人（65%）
延べ利用者数 891人
- 機能訓練事業（さつき会）
実施回数 38回
実人員 60人（平均年齢72.6歳）
延べ人員 836人
脳卒中後遺症 24人
独歩 23人 杖歩行 27人 車椅子 10人
- 実施場所
健康管理センター、老人リハセンター、地区公民館、勤労福祉センターなど

〈スライド18〉



〈スライド19〉

在宅リハと公的介護保険制度との問題点と課題(1)

1. 対象者の把握には申請を待つだけでは不可
2. 在宅ケアの対象者が公的顔後保険の対象者に限定されないか
ケアマネジメントは公的介護保険対象者のみでなく、地域のすべての要援護老人を対象にすべき
3. 公的介護保険のサービスに限定されないか
公的介護保険外の必要なサービスをどう付加するか

〈スライド20〉

在宅リハと公的介護保険制度との問題点と課題(2)

4. 要介護認定とケアプラン作成を、一連の流れとしていかに行うか
5. 福祉用具サービス：判定→給与・貸与→メンテナンスの流れは、現状ではうまくいっていない
6. 住宅改修：リフォームヘルパー制度はあっても、現状は機能していない市町村が多い

青木医院モデルと公的介護保険

青木 佳之
青木内科小児科医院理事

I. はじめに

開業医は、コミュニティ(地域)・ケアの中で、生活から乖離した医療を生活の場に取り戻し、個別性を重視した生活再建のために、生活者に視点を合わせたプライマリ・ヘルス・ケア医として、自立生活支援活動が要求されている。当院は「プライマリ・ヘルス・ケア」を開設理念とし、開業医が地域社会で「生活医」として機能するよう、ゴールドプランに盛り込まれている諸活動を構築してきた。在宅リハビリテーションは、地域ケアシステムのの中で最も重要な活動として位置づけられ、公的介護保険の創設に向け、地域での新たな介護システムであるケアマネジメント機構に自立生活

再建活動として、構築される必要がある。本日は民間医療機関の開業医の立場から本テーマについて検討し、報告する。

Ⅱ. 新たな介護システムを構築するための観点の転換

高齢者は患者、障害者、要介護者、非生産者、社会的弱者など否定的側面のみで評価されるのではなく地域の中で生産者として位置づけ、社会的、歴史的、文化的、経済的、教育的役割を肯定的に評価される。二面性を持つ医療は、医学的側面の普遍性のみならず、社会的側面の個別性を重視する。医療はCureのみならず、Careについて配慮される。介護は、身体的、精神的状態に直接お世話するのみならず、生活歴、家族、地域などを重視した自立した生活者への生活支援活動の総体と考える。在宅は、施設中で行っている受け身のケアを実践する場として位置づけるのではなく、高齢者や家族が日常生活の主体者であり主人公であり、生活の場として位置づける。リハビリは、医学的、機能的リハビリのみでなく、日常生活復帰、社会復帰、生活再建など地域リハビリまで包含し、生活の肯定的、予防的側面からもアプローチする活動と考える。地域は、地理的、行政的、圏域的視点のみならず、高齢者の日常生活の場として考える。

Ⅲ. 当法人のコミュニティ（地域）・ケア活動の特徴

- ① ケアは、専門職によるチーム・ケアで専門職の重要性を生かしながらのチームアプローチする。実践は、ケアマネジメント機構の各段階においてチームで当たる。
- ② Careの三様態
コミュニティ（地域）・ケアを実践するためには、施設ケア、通所ケア、在宅ケアの3様態が必要である。ケアの選択は、症状、本人や家族の希望、社会資源の条件によって選択可能とした。
- ③ 重層的アセスメントとケア
 - (1) 疾病や障害に対するケア
 - (2) 個人の健康や生活に対するケア

- (3) 家族や家庭環境に対するケア
- (4) 地域や社会資源、その連携など社会活動に対するケア
- ④ 保健・医療・福祉活動を統合し、コミュニティ・ケアの概念で、公的サービスとの連携を計っている。
- ⑤ 実践活動を通して、人材育成と人間関係の構築を計っている。
- ⑥ 新たなサービスの創造と、制度化に向けた実践の集積を計っている。

Ⅳ. 当法人のケアマネジメント機構の構築と、公的介護保険に向けた取り組み

ケアマネジメントのプロセスは ①サービスの情報提供、公示から始まり ②ニーズの掘り起こし、把握 ③アセスメント ④ケアプラン ケア実施 ⑥モニタリング ⑦再アセスメント である。

- ① 施設ケア 19床の診療所と、99床の老人保険施設で当たっている。当法人にない病院や福祉施設とは連携を計り、社会資源の有効利用を計っている。老健では、コンピューター導入によりケアプランの策定を行い、組織運営の再編と人材教育研修を行っている。又、各種会議も定期的実施。チームケアを実施している。
- ② 通所ケア 老人デイ・ケア（Ⅱ）2カ所、重度痴呆患者デイ・ケア（Ⅱ）、老健デイ、ナイト・ケア各定員50名で実施。ケアプランの試行、チーム・アプローチを実施。本人、家族の意向も配慮。入浴、食事、移送サービスも含む。
- ③ 在宅ケア 在宅介護支援センター、訪問看護ステーション、医院からの各職種による訪問活動より構成されている。支援センターでの情報提供、サービスの公示を行い、在宅への訪問看護活動を行うことにより、ニーズの掘り起こしを計っている。要介護判定や、直接サービス機能の強化を計っている。ステーションでは、在宅ケアプランの作製も試みて、又、他医療機関との連携を行い、在宅ケアにホームヘルパーや介護福祉士も従事してい

る。

④ 人材育成、研修

自治体と連携し、ホームヘルパーの養成講座を開き、登録ヘルパー制の研修を試みているコミュニティソーシャルワークが出来る人材の育成。

⑤ 新たな介護システムに対する提言や新たなサービス創設

国、自治体に実態調査への協力や提言を行い、ケアマネジメント機構にかかりつけ医の意見が反映するように提言。自治体、各諸団体と提携をとり、人間関係の集積を計っている。地域リハビリテーションや、地域ケアへの具体的活動を行っている。

V. 課題とまとめ

公的介護保険を制度化するためには、高齢者や障害者の自立生活支援を、コミュニティ（地域）・ケアの中にシステム化することが必要であり、在宅リハビリを中心にした基盤整備が必要である。又、その中にプライマリ・ヘルス・ケアになう生活医としての開業医の位置づけが重要である。



町村の取り組みと公的介護保険

松川 誠

岡山県建部町在宅福祉サービスセンター次長

1. はじめに

(1) 建部町の概要

- ・岡山県のほぼ中央にあり人口7,400余人、高齢化率27%の過疎がすすんでいる町
- ・予算規模 約40億円

2. 取り組みに向けての視点

(1) 市町村の差がクローズアップされる



どこから「差」がくるか

① サービス量とその質

② 行政の役割、分担の明確化と、その住民、実施設への意志表示



これにより取り組む内容が大きく違ってくる

『町村の形態分類』

① 何もしない町村

② そこそこする町村

③ そこそこプラス一つ特徴を持つ町村

④ 全てを行政で高レベルでする町村

- (2) 単町のみに対応から広域的視野、対応が必要
ブロック化を誰がリードすべきか
内容は？

3. 今後の取り組み

- (1) 老人保健福祉計画の見直し
- (2) 建部町の方向性、役割分担の明確化作業
- (3) 民間活力との連携方法の模索

4. 老人保健福祉計画の見直しについて

- (1) 給付対象になると考えられる要介護者の理想的ケアプランを作成
- (2) マンパワー量等の検討により現実的な計画を立て直す
- (3) ホームヘルパー関係
- (4) デイサービス関係
- (5) その他の部門

5. 建部町の方向性、役割分担の明確化について

- (1) 現場レベル、上層部別の意見交換から意志統一へ
- (2) 内容の具体化をする
 - ① まず町の形から決定 → 施策化、予算化
 - ② 町民への広報活動、実践活動
 - ③ 実施設への意志表示

6. 民間活力との連携方法の模索について

- (1) ケースを通じて
- (2) システム化を目指して

7. 保健活動により、有効なねたきり予防活動を展開する

8. 問題提起

(1) 認定方法はどうあるべきか

(2) 不認定者への対応は町としてどうあるべきか

(3) 民間活力との連携のとり方はどうすればよいのか

シンポジウム



障害者プランの策定と実施をめぐる

提言 障害者プランについて	小池 将文
私とノーマライゼーション	シンポジスト 国里 房子
障害者プランの概要	シンポジスト 今田 恒子
障害者プランから見た福祉のまちづくり	シンポジスト 出井 敏雅
小規模作業所に夢を	シンポジスト 谷川 増雄

提言「障害者プランについて」

小池 将文

(財)シニアプラン開発機構常務理事
前総理府障害者施策推進本部担当室長

昨年、戦後50年ということで、いろんな形での戦後の50年の総括のようなことが、いろんな分野で行われたわけですが、簡単にというか、極めて乱暴な整理ですが、戦後50年の障害者行政の流れというものをかいつまんで見たときに、やはりわが国の障害者行政に非常に大きな影響を与えたというのは1981年の国際障害者年だったと思います。わが国の障害者行政は戦後の混乱期、身体者福祉法によって戦争で傷ついた人たちの福祉ということから始まったわけです。30年代に入って、高度成長の中で、リハビリテーションという言葉がアメリカから入ってきて、障害者行政の中で非常に新鮮な響きを持った言葉として受け入れられ、今日ではすっかりリハとかリハビリという形で日本語として定着した言葉になっています。リハビリテーションの意味については、単なる訓練ということではなくて、昨日も上田先生のお話にもありましたように、非常に広い意味を含んだ概念なんですけれども、一般にはいろいろ障害のある方々に対する支援のプログラム、そういうものがリハビリテーションということで、主として障害者に対して向けられた施策というのが、国際障害者年までの間の戦後のあゆみの中は中心であったと思うんです。そういう中で、担当する行政庁といいますと、厚生・文部・労働という三省庁、福祉の分野、教育の分野、雇用の分野というのが障害者行政を担当する主たる官庁ということでした。戦後しばらくの間、障害者行政の、言葉は適切かどうかわかりませんが、御三家が文部・厚生・労働だったと思うんです。

1981年の国際障害者年と、そのあと1983年から92年までの「国連障害者の10年」というのがありまして、これがわが国の障害者行政に非常に大きな影響を与え、わが国の国民の意識、そういう面でも非常に大きな影響があった十数年ではな

かったかと思っております。

ここでのキーワードといいますと、ノーマライゼーションです。国際障害者年のテーマは「完全参加と平等」でした。この間を通じてわが国にもノーマライゼーションという理念が急速に広まっていったということがあるのではないかと考えております。そういう過程を経て、1992年がその国連障害者10年の最終年であったわけですが、その総括の上になつて、わが国の障害者行政の一つの大きな区切りの年、歴史に残る年というのが平成5年であったと思うんです。1993年ですが、これは国連障害者10年の年が終わり、かつ、新たな10年に向けての新長期計画というのが策定された年であり、さらに、障害者基本法という新たな法律、以前心身障害者対策基本法というのがあったわけですが、その抜本的な改正の基に作られた障害者基本法というのが制定された年であり、そのほか福祉用具の関係の法律とか、あるいは通信の分野でも障害者に配慮した通信の法律ができ、そういうことで、リハビリテーションという言葉がキーワードであった時代から、ノーマライゼーションというものがキーワードであった時代に移り、平成5年の新長期計画では4つの障壁の除去とかが主たるテーマになっていて、次のキーワードはバリアフリーティになってきています。こういう時代の中で、最初、障害者行政の御三家というのは文部・厚生・労働といったわけですが、今度は通産省とか建設省、あるいは駅の関係とかで運輸省、郵政省これは通信の関係ですが、そういう省庁が非常に熱心に障害者行政の分野に取り組んでいくというふうな時代が来たわけです。特に1990年にアメリカでADAという障害者差別禁止法ができ、これがわが国にも非常に大きな影響を与え、平成6年にハートビル法ができ、そういう影響の中で、各都道府県、地方公共団体で福祉の町づくり条令がどんどん制定されていくというふうな流れになっているのです。かなり乱暴な流れの説明でありましたけれども、そういう流れの中で、平成7年、1995年、去年ですが、戦後50年のまさに節目の年ぎりぎり年末に「障害者プラン」というものが、19省庁によって作られている障害者施策推進本部とい

うところで、これは本部長は総理大臣ですけれども、当時の本部長は旧社会党の村山富市さんのときにまとめられたものであります。その特長について若干ゴールドプランとエンゼルプランと比較しながらお話ししますと、まず、ゴールドプラン、エンゼルプランというのは、非常に関係している役所は数が少ない。ゴールドプランですと、正式な名前は高齢者保険福祉対策推進十カ年戦略で、その愛称がゴールドプランということですが、これは基本的には厚生省を中心に、財政を大蔵省と地方財政の関係で担当する自治省がはいて定めた三大臣の合意というふうな形のものであります。エンゼルプランも基本的に数値目標として入っているのは大蔵と厚生と自治省で合意したものです。これに対しまして、障害者プラン、これは先ほども言いましたように19省庁で構成する障害者施策推進本部で決定したということで、非常に幅広い関係の行政分野が入って一緒に作った総合的なプランであるという点で、ゴールドとかエンゼルとはちょっと意味合いが違います。そういう意味で、このプラン、数値目標はもちろん入れているわけですが、数値目標の入った部分が少ないとか、あるいは、その数値目標を入れると当然常に出てくる批判ですけれども、目標の水準が低すぎるとか、いろいろな意見がありますけれども、やはりこれは高齢者とかそれから子供の問題というのは人生のある一定の時期の問題であるのに対して、障害者の問題というのはまさに子供の時から、それから教育、雇用、それから最後高齢者になってくる人生のあらゆる全ての問題という課題に答えていかなければならないという意味で、総合的なもので、これは厚生省、財政当局だけで作ったのでは非常に不十分なプランになるということで、幅広く関係省庁が入ったプランになったということです。それから、目標設定につきましても、かなりの部分入れたわけですが、ゴールドプランと違って難しいのは、ゴールドプランの場合には、わりと高齢者の特に寝たきりということで、そういう人に対してヘルパーがどの位いるかというときに、数式としては人口の高齢化率を見て、だいたいある地域での高齢者がこの位、その中で寝たきりの発生率が何パーセン

トかをかけて、そのためにヘルパーがどの位かというのは、数式では非常に単純なんですけれども、障害者の場合というのは、障害の程度、種別、非常に多様です。そういう中で、どれだけのハード面とか、それから人的な資源、そういうものを養成し、整備していくかということは、かなりラフな形で一応障害者プランというのは作ってありますけれども、これを個々の地域に当てはめていこうというときに、なかなか難しい点があるというふうなことがございます。

せっかくですから、エピソード的に名称のことについていいますと、ゴールドプラン、エンゼルプランというのは先ほども言いましたように愛称であって、ゴールドプランの方の正式名称は高齢者保健福祉対策推進十カ年戦略、これを愛称としてゴールドプランと呼んでおります。エンゼルプランの方は、子育て支援のための対策についてという、やはり長ったらしい名前がありまして、愛称としてエンゼルプランと呼んでおります。障害者プランをまとめるときに、名称をどうしようかということでもいろいろありまして、やはり障害者分野でのプランですから、ノーマライゼーションという言葉ははずせないからノーマライゼーションプランというふうな意見もあったわけです。その他にゴールドに負けじということで、それよりも価値のあるダイヤモンドプランにしようとか、あるいはプラチナがいいからプラチナプランにしようとか、そういういろいろな意見もあったんです。ゴールド、エンゼルがあって、ノーマライゼーションは非常にいい言葉というか、大切な概念なんですけれども、知っている人は知っているけれども、知らない人は全くノーマライゼーションといっても知らないというふうなことがあって、ゴールド、エンゼルとはちょっと違う。そういうことがありまして、こちらの方は端的に「障害者プラン」というのを正式な名称にしようということで、副題としてキーワードであるノーマライゼーションを入れた「ノーマライゼーション7カ年戦略」としたという点がゴールド、エンゼルとの違いで、たしかにゴールドプラン、エンゼルプランというのはその言葉が定着してて、正式名称を言える人が非常に少ないというプランなわけ

ですけれども、そういう意味では障害者プランは障害者プランそのものが正式な名称となっているということです。これが策定されまして、平成8年からスタートし、突き進められているわけです。これも平成7年の正直なところ9月の末頃からプランのまとめに取りかかって12月、とにかく平成8年度予算の当初内示というのがだいたい12月にあるわけですが、平成8年度からスタートさせるので、その予算内示前にプランというのは決定しないとだめだという時間的制約の中で、作らざるを得なかったというところがありまして、決して完璧なものではないのです。非常に不十分などころも多いわけで、そういう意味で必要において見直しを行うとか、そういうことを通じてよりよいプランに育てていく必要があると思っております。このプランというのはあくまでも国レベルのプランなわけでありまして、これを今度、都道府県・市町村でどういう形で肉づけして、実施していくかということになるわけでありまして、そういう意味で、平成5年に作られた障害者基本法は、都道府県・市町村に障害者計画の策定の努力義務規定をおいているわけです。都道府県はさることながら、市町村のレベルでの計画策定がなかなか進まないというふうなことが国会でもかつて問題になりまして、もう少し市町村の計画策定が進むように支援措置をということで総理府の方でガイドラインをまとめたわけですが、このガイドラインのまとめにあたって、非常に悩ましい問題というのは、やはり市町村というのは、政令指定都市になるほど大きな市から人口数千人の村まで入るわけですから、一律に画一的に市町村ということで、一つの行政単位として論ずるにはあまりにも財政力とかいろいろな面で差が大きすぎるという問題があるわけで、どういうそのガイドラインを作ったらというのもこれもなかなか難しかったです。モデル計画みたいなものを示すという意見もいろいろあったんですけど、基本的にはそういうふうにしる市町村といっても非常にいろんな千差万別、場合によっては障害者といっても高齢障害者しかいない、そういうところでは老人保健福祉計画が作られているわけで、それで十分というところもあるかもしれない。いろんな考慮すべき

事項を示したということで、なかなかガイドラインを読んだからといって、すぐに作れることではないので、基本的には個々の市町村が自分のところの障害者の実態、そういうものを把握して、その市町村のなかにおかれた人的資源、物的資源、そういうものを活用して、どうやっていくかは個々の市町村で創意工夫して作っていただく以外にはないのではないかと考えております。

そういう中で、福祉とか保健の分野というのは、住民に身近な行政主体である市町村が中心になってというふうな流れになってるわけですが、介護保険についてもそうですけれども、市町村の側からみると、権限とかその財政的な裏付けとか、人的な面、十分でない中で何でも市町村に押しつけられてということがあるのではないかと考えるのです。

こういう福祉の問題、保健の問題というのはやはり住民に身近なところが中心となってやっぴかなければならないわけですから、これをいろんな財政の仕組みを含めて、どういう形で、本当に市町村がきちっとやっぴけるようなシステムが作られるかということはこれからの課題だと思っております。市町村という千差万別の中で、すべての市町村で、フルセット主義で老人の計画を作り、子供の計画を作り、障害者の計画もという形でそれぞれ個別に作っぴていく必要があるのかどうか、そういうこともまた少し検討しないとだめなんじゃないかということも感じてます。また、今国土庁でやっぴております新しい全国総合開発計画の中でも、連携ということがキーワードになって、地域連携とか、そういうことがありますから、複数の市町村で連携してやっぴていく、さっきのフルセット主義も問題があっぴて、全ての市町村で博物館を持つとかそういうことではなくて、個々の資源をそれぞれの持っている資源をもう少し連携して活用していくというふうな発想も必要でないか、そのためには、なかなか個々の市町村の担当者が考えたんでは範囲を出ないんで、もう少し県がいろいろ関与するとか、いろんな仕組みや仕掛けは必要なんだということは感じております。ということで、そろそろ時間ですので、私の方からの提言といっぴますか流れの話はこれくらいにした

い、そして結婚。

結婚なんて夢としか思っていなかったの、心を決める迄には随分悩んだ事を懐かしく思い出していますが結婚式の当日、私は純白のウェディングドレスを身にまとい、両親は勿論、両家の親戚、恩師や友人、そしてボランティアの仲間達、総勢100名もの方達が祝福をして下さり、私の第2の人生がスタートしたのです。

同時に我家も新築して台所の流し台やお風呂、又、洗濯機等も低くして主婦として色々工夫しながらやって行けるようになり、早10年以上の歳月が経ちました。

しかし、今でも人の2倍の時間をかけても、半分ほどの事しか出来ないありさまですが毎日日々頑張っている所です。

そして体調の変化に気付いて産婦人科に行ったのは、結婚して半年程経ってからでした。結婚はしたものの、私の体で子供迄授かるとは思っていただけに、産婦人科独特の診察室の中で、私のお腹から聞こえてきた赤ちゃんの心音を耳にした一瞬、私は目の前が真っ白になり、時が止まったのを感じました。不自由な体で赤ちゃんを身ごもる事は私自身の命にもかかわる事だと思っていたので、妊娠する事を必要以上に恐れていたのです。

「5カ月位ですよ。赤ちゃんが欲しいでしょう。おろすことより産む事を考えましょう……大丈夫ですよ。」と、先生から思いがけない言葉を聞いて、私はもうすっかり先生に命を預けた気持ちになり、その日病院の売店で私自身が身につける、腹帯を買って帰った日の事を昨日のように思い出します。

そして、診察に行く度に、赤ちゃんの様子が映し出される超音波で、我が子が確かに成長して来ている事が私にも分かりました。

始めは心臓の動きに驚き、その次は頭、まっすぐに伸びた背骨、そして羨ましい程の、形の良い小さな2本の足を見た時は思わず感動してしまいました。病院も私のような障害者の出産を扱ったのは初めてだったようで、出産の日まで本当に手厚い看護をしていただきました。

昭和58年4月7日、午後4時39分。桜の花も満

開で春うらかな季節、帝王切開で2,100gの女の子が誕生しました。

一寸小さかった赤ちやんは、私がまだ麻酔から覚めない間に、国立病院の未熟児センターへ運ばれたので、産声や出産の実感を味わう事は出来ませんでした。主人が変わりに産まれたばかりの我が子を抱いて、5体揃った元気な赤ちゃんだった事を話してくれて本当に安心した思いになりました。

そして、名前は私達に女の子が恵まれた事を時に託して「好恵」と命名しました。早いもので、あれから13年の歳月がたち好恵は今年中学生になりました。この間にはやさしかった父が他界したり私も、私の障害に付きものの辱そう（床ずれ）ができて半年も入院した為に、好恵は2歳半から保育園に通わせる事になり、小さいながらよわい持った試練を味あわせてしまう事になりました。

そして現在は「車椅子の主婦」として又「車椅子の母」をしながら主人と共に、「ボランティア協会岡山ビユーロー」の事務局に携わるようになりました。

事務所には毎日色々な方が来られますが、私は同じ障害を持つ人の暮らしや高齢者の方達とも一緒に考えていく「福祉コーディネーターやピア・カウンセリング」として、これからも多くの人々と出会って行きたいと願っています。

障害者の福祉問題は公助や他助、そして家族の温かい協力が必要ですが、同時に当事者自身も障害に対する心の葛藤は計り知れませんが、前向きの生活を築いていく「意欲と努力」を身に付けていく事も大切な事だと感じています。

人は人間と生まれた以上、誰もが一生を幸せに暮らしたいと望んでいます。「福祉」とは「幸せになる事」という意味がありますが「福祉の向上」や「誰もが住みよい社会」は、一人一人の心がつくり上げて行く事だと思います。健康な人でも年と共に体力の低下は余儀なくされます。

高齢化時代を迎えるにあたって、これからは多くの人々が「福祉の問題」について関わり持つようになって来ますが、私自身の持味を生かしながらこの問題に携わっていきたいと思っています。

今、あえて「ボランティア」という言葉を漢字

いくことはとても大変です。作業所の運営は措置費ではなくてほとんど地方自治体からの補助金に頼っています。6年前の私の所の例ですが、岡山では知的障害と身体障害の場合、10人以上の規模で週5日開いて、年間340万円余り、それも最初の年は認められなくて2年目からでした。国の補助は更に2年後で年間100万円。その後改正されて、現在では地方自治体が約500万円、国が110万円になりました。これで2人の指導員を擁して運営していかなければなりません。更に問題なのは、地方自治体からの補助金の地域格差が大きいことです。30倍ともいわれています。精神障害の場合は更に低く抑えられています。もう1つは、国の補助金が身体障害・知的障害の団体を通じて配布されることです。これはいろいろな障害を持った人達が共同で働くことを難しくしています。更に国の補助の対象箇所は少なく私達知的障害者の作業所では原則として3年で打ち切りになります。しょせん、指導員には障害者の親や退職者がボランティア的に当たるが多くなります。最近、岡山でも意欲的な若い指導員が現れだしました。しかし、相応の賃金や社会保険すら、なかなか保障されていません。親や配偶者に頼ったり、中にはアルバイトで補ったりして生活している人もいます。もう少し若い人にも魅力のある職場にしていけることが根本的な課題です。

さて、きょうは作業所の「地域との交流」についての私達「ワークショップちどり」のとりくみと、「作業所ネットワークづくり」への試みを紹介します。

「ワークショップちどり」のおもな作業は牛乳パックの回収・再生です。そして、福祉の店を併設して他の障害者施設や作業所の作品を販売しています。交流の第一はパック回収です。店先の箱に、通りすがりの人が毎日何十人も入れてくれます。近くの小・中・高校では組織的に回収してくれています。第二は店です。店番は約20人のボランティアが交代で担当してくれています。地域の民生委員さんや愛育委員さんや個人的に来て下さる人達です。第三が作業所の見学・実習です。地元の中学校からは夏冬にボランティアグループのメンバーが実習に来てくれます。近くの商業高

校では週2時間の授業で3名を作業所が受け入れています。毎回、実習と併せて「障害者講座」を組んでいます。将来は地域の人を対象にした講座にもっていったらと思っています。最後がイベントです。夏まつりなど作業所内で行うものと、バザーなどへの出店や公民館での紙漉き講座のように外へ出ていくこともあります。また、機関紙「ちどり通信」を隔月に発行して作業所の活動を紹介しています。

次にネットワークについてですが、私が作業所を始めてみて一番驚いたのは各作業所がばらばらな存在であるということでした。岡山県は特に遅れているのではないかと思うのですが、今、やっと組織化が進められだした段階です。

当初は知的障害者を対象とした作業所で親や関係者の会の主催で職員の会が持たれていました。平成6年から県の企画で知的障害者と身体障害者の作業所を含めた会に変わりました。同時に所員・家族・ボランティアを対象にしたレクリエーション集会が持たれ出しました。今年は31作業所が参加しました。一応の前進ですが、作業所側の主体的な姿勢と各種の障害に合わせたメニューづくりが今後の課題になっています。

一方で、私たちは自主的に岡山市内の作業所に呼びかけて岡山市と共催で「障害者小規模作業所作品展」を昨年から実施しています。今年は9作業所が参加し、大勢の市民とふれあえました。しかし、まだ精神障害の共同作業所と一緒にできていません。作業所こそ「すべての障害へ連帯の輪を広げる」とりくみをしていかななくてはならないとあらためて考えています。

さて、「障害者プラン」についてですが、小規模作業所に関しては、施設の分場方式とデイサービス事業の拡充があげられています。しかし、私は地域に密着した小さい作業所をたくさんつくる方向にもって行ってほしいと思っています。いま、岡山市は作業所のメンバーの基準について見直しをしています。あまり厳しく制限されると問題です。プランの内容も重要です。運用の仕方も重要です。以上、折角の場を与えていただきましたので小規模作業所から発言させていただきました。

閉 会



閉会のあいさつ 江草 安彦
次回開催地から 手塚 直樹

資 料



- (1) 開催要綱
- (2) プログラム
- (3) 実行委員会委員一覧

第19回総合リハビリテーション研究大会

開 催 要 綱

大会テーマ： 21世紀のリハビリテーション

日 時： 平成8年12月14日(土)・15日(日)

会 場： 川崎医療福祉大学
〒701-01 岡山県倉敷市松島288
TEL：086-462-1111

定 員： 700名

参 加 費： 7,000円（2日間の資料代、昼食代、報告書代を含む）
* 1日のみの参加も同額

主 催： 財団法人日本障害者リハビリテーション協会

後 援： 厚生省、労働省、文部省、通産省、岡山県、倉敷市、全国社会福祉協議会
日本障害者雇用促進協会、社会福祉、医療事業団

協 賛： 共同作業所全国連絡会、視覚障害リハビリテーション協会、全国精神障害者家族会
連合会、全国精神障害者社会復帰施設協議会、全国特殊教育推進連盟、全日本手をつな
ぐ育成会、全日本特殊教育研究連盟、聴覚障害者精神保健研究会、聴覚障害者問題研究
会、テクノエイド協会、日本医療社会事業協会、日本介護福祉士養成施設協会、日本義
肢協会、日本義肢装具学会、日本義肢装具士協会、日本言語療法士協会、日本作業療法
士協会、日本社会福祉士会、日本手話通訳士協会、日本障害者協議会、日本職業リハビ
リテーション学会、日本身体障害者団体連合会、日本精神医学ソーシャル・ワーカー協
会、日本精神衛生会、日本精神科看護技術協会、日本精神薄弱者愛護協会、日本ソーシ
ャル・ワーカー協会、日本聴能言語士協会、日本発達障害学会、日本病院・地域精神医
学会、日本保健福祉学会、日本理学療法士協会、日本リハビリテーション医学会、日本
リハビリテーション看護学会、日本リハビリテーション工学協会、リハビリテーショ
ン・ソーシャル・ワーク研究会

プ ロ グ ラ ム

平成8年12月14日(土)

9:00~9:20 開会式

9:20~10:15 基調講演

座 長:総合リハ研究大会常任委員長 小川 孟

「21世紀の保健福祉を支えるもの」

日本社会事業大学学長

京極 高宣

10:15~12:30 国際交流シンポジウム

座 長:第19回総合リハ研究大会実行委員長

江草 安彦

・韓国の障害者福祉制度概観

韓国障害人聯盟会長

宋 永煜

・上海市のリハビリテーション医学の展開における現状と展望

上海市衛生局医政所所長・上海市康復医学会秘書長

姜 廉益

タイにおけるリハビリテーション

Pramongkutklao Hospital

Ms. Fuangfa Riddhagni Khunadorn MD.

12:30~13:30 昼食・休憩

13:30~16:30 分科会A

A-1.「精神障害者の社会参加」

座 長:岡山障害者職業センター 倉知 延章

「医療リハビリテーション」

岡山県立岡山病院医療部長

津尾 佳典

「社会リハビリテーション」

高知女子大学保育短期大学部助教授

住友 雄資

「職業リハビリテーション(福祉的就労)」

精神障害者通所施設

あすなる福祉会リサイクルせっけんセンター施設長

日野田公一

「職業リハビリテーション(一般雇用)」

日本障害者雇用促進協会障害者職業総合センター研究員

野中 由彦

A-2.「発達障害とリハビリテーション」

座 長:岡山大学教育学部教授 伊澤 秀而

「TEACCHプログラムを用いた成人自閉症の援助について」

仲町台発達障害センター長

藤村 出

「発達障害者の地域生活を進めるために」—母親および小児科医の立場から—

トモニ療育センター所長

河島 淳子

「近年の認知教育の課題と発達障害への取り組み」

琉球大学教育学部助教授

神園 幸郎

「知的障害者居住施設退所者の現状と課題」

旭川荘 旭川学園園長

山村 健

A-3.「神経筋難病の長期療養の問題点と課題 —ALSと筋ジスを中心に—」

座 長:川崎医科大学神経内科教授 寺尾 章

「筋ジストロフィーにおける長期療養の問題点と課題」

—呼吸不全在宅人工呼吸器治療の現状を中心として—

国立療養所東埼玉病院副院長

石原 傳幸

「筋萎縮性側索硬化症(ALS)のインフォームド・コンセントとQOL」

国立療養所千葉東病院神経内科医長

今井 尚志

- 「ALSの長期療養と緩和ケア」 国立療養所南岡山病院神経内科医長 難波 玲子
 「ALS患者の長期療養の問題点と課題—患者・家族の立場から—」
 日本ALS協会岡山支部事務局長 定金 司郎
- A-4. 「心身障害児・者の療育と福祉と社会参加」
 座 長：高知県立子鹿園園長 江口壽榮夫
 「心身障害児・者の療育と発達障害の現状と今後の課題」
 西部島根心身障害者医療福祉センター園長 江田伊勢松
 「在宅訪問」
 広島県立心身障害者コロニー重症心身障害児施設わかば療育園園長 難波 克雄
 「『土佐希望の家』創立26年の歴史と重症心身障害児施設の役割について」
 土佐希望の家理事長 山崎 勲
 「社会参加・自立への努力を目標に」 岡山県立早島養護学校教頭 高原 正郎
 「福祉作業所の立場から」 岡山市手をつなぐ育成会副会長 松永 博子
 「通園訓練している障害児者の親の立場から」
 旭川児童院通園センター保護者会会長 中谷 正子
 「通園児の親の立場から」 心身障害児地域療育拠点施設事業登録児の保護者 藤沢 宏子
- A-5. 「視・聴覚障害者（児）のコミュニケーションと地域リハビリテーション」
 1. コミュニケーション
 座 長：国立身体障害者リハビリテーションセンター 築島 謙次
 「視聴覚障害者用コミュニケーション支援機器」 川崎医療福祉大学教授 太田 茂
 「視覚障害者用ワープロ『MYWORD』のご案内」
 (株)高知システム開発営業課長 宇賀 喜彦
2. 地域リハビリテーション
 座 長：岡山大学教育学部教授 藤井 聰尚
 「広島県広島市における中途視覚障害者支援組織『視覚障害者の自立をすすめる会』の活動について」
 広島県視覚障害者の自立をすすめる会会長 佐々木健二
 「聴覚障害者（児）のケア・システムの必要性」
 元岡山県立聾学校教員、元岡山市中央福祉事務所相談員 須々木近子
 「地域療育システムに果たす当園の役割」 岡山かなりや学園聴能言語訓練士 福田章一郎
- A-6. 「高齢者とりハビリテーション」
 座 長：帝京大学医学部教授 上田 敏
 川崎医科大学リハ科教授 明石 謙
1. 健康な老年を迎えるには
 「食生活と日常生活」 前川崎医療福祉大学教授 難波 三郎
 「運動機能の維持」 川崎医療福祉大学教授 古米 幸好
 「痴呆と向き合うために」 川崎医療福祉大学助教授 日比野慶子
 「高齢者の社会参加」 旭川荘竜ノ口寮施設長 刈谷 哲博
2. 高齢者リハビリテーションの現場より
 「高齢者のリハビリテーションシステム」 広島大学医学部保健学科教授 吉村 理
 「介護福祉士とソーシャルワーカーの役割」 順正短期大学講師 本多 浩子
 「訪問看護」 三豊総合病院健康増進部保健婦 則包 美樹
 「老人保健施設」 老人保健施設あいの里リハビリ苑副苑長（理学療法士） 岩田 清治

「医療機関」

三豊総合病院院長

今井 正信

17:15~19:00 交流会

平成8年12月15日(日)

9:30~12:00 分科会B

B-1. 「就労・社会参加」

座長：旭川荘たかはし授産センター松風寮寮長 菊池 達男

「社会参加を援助する取り組みについて」 広島県因島であいの家施設長

副島 宏克

「身体障害施設の立場から」 すずめ共同作業所所長

中原 悟

「地域開発援助事業を実施して」-変わりつつある職業リハビリテーション-

日本障害者雇用促進協会徳島障害者職業センター

井口 修一

「雇用の立場から」-吉備松下の雇用の状況- 吉備松下総務部長

谷本憲太郎

B-2. 「福祉用具・住宅改造」

座長：岡山県立大学教授 高山 忠雄

「福祉用具研究開発の現状と将来展望」 岡山理科大学工学部教授

奥 英久

「福祉用具の活用に向けた政策について」

通商産業省機械情報産業局医療・福祉機器産業室長

後藤 芳一

「利用者からみた福祉用具の有効性と問題点 -ひとにやさしい福祉用具への期待-」

(株)舟木義肢ハンズケア事業部専務取締役

舟木美砂子

「高齢者・障害者の自立支援としての住宅改造 -福祉機器の有効活用化への環境整備-」

下電開発株式会社常務取締役

山田 藏

B-3. 「バリアフリー・環境整備」

座長：川崎医療福祉大学教授 太田 茂

「建物に関する環境整備」 積水ハウス(株)生涯住宅研究室課長

後藤 義明

「音声による交通情報の伝達」 岡山県立大学保健福祉学部保健福祉学科教授

田内 雅規

「肢体不自由者のスキューバ・ダイビング指導」

岡山大学教育学部スポーツ教育教室助教授

三浦 孝仁

「情報機器アクセシビリティの活動状況」

(株)日立製作所情報事業本部情報機器アクセシビリティ推進室

小澤 邦昭

B-4. 「公的介護保険制度と在宅リハビリテーション」

座長：岡山県立大学教授 香川幸次郎

「地域リハビリテーションと公的介護保険」

日本医科大学第二病院リハビリテーションセンター教授

竹内 孝仁

「御調町地域包括ケアシステムと公的介護保険」

公立みつぎ総合病院整形外科部長

林 拓男

「青木医院モデルと公的介護保険」

青木内科小児科医院理事長

青木 佳之

「町村の取り組みと公的介護保険」

岡山県建部町在宅福祉サービスセンター次長

松川 誠

12:00~13:00 昼食・休憩

13:00~15:00 シンポジウム「障害者プランの策定と実施をめぐって」

司会：(財)日本障害者リハビリテーション協会 丸山 一郎

提言：「障害者プランについて」

(財)シニアプラン開発機構 常務理事

前総理府障害者施策推進本部担当室長 小池 将文

シンポジスト

ボランティア協会岡山ビューロー 國里 房子

自閉症協会岡山支部長 今田 恒子

岡山市社会福祉協議会福祉課長 出井 敏雅

ワークショップちどり所長 谷川 増雄

15:15～15:30 閉会式

第19回総合リハビリテーション研究大会 実行委員会

実行委員長	江草 安彦	旭川荘理事長、川崎医療福祉大学学長
実行委員	明石 謙	川崎医科大学教授
	伊澤 秀而	岡山大学教育学部教授
	伊藤 光	白鳥園園長
	江口寿栄夫	高知県立子鹿園園長
	太田 茂	川崎医療福祉大教授
	小川 孟	総合リハ研究大会常任委員長
	小田 滋	旭川荘 旭川療育園園長
	川上 哲雄	岡山県社会福祉協議会常務理事
	河島 淳子	トモニ療育センター園長
	木原 清	島根心身障害医療福祉センター総長
	蔵知 晋	浦安荘施設長
	重歳 博史	岡山県総合社会福祉センター所長
	島田 修	川崎医療福祉大臨床心理学科長
	高山 忠雄	岡山県立大学保健福祉学科長
	田淵 昭雄	川崎医科大学教授
	寺尾 章	川崎医科大学教授
	橋本 郁三	岡山県障害者職業センター所長
	平井 保男	岡山県特殊学校長会会長
	藤田 英彦	岡山県精神病院協会会長
	山梨 正雄	広島大学教授（視覚障害者リハ協会会長）
	山村 健	旭川荘 旭川学園園長

(五十音順)

第19回総合リハビリテーション研究大会事務局

〒162 東京都新宿区戸山1丁目22番1号
 (財)日本障害者リハビリテーション協会
 TEL(03)5273-0601 FAX(03)5273-1523

『この事業は、社会福祉・医療事業団（長寿社会福祉基金）の
助成金の交付により行ったものです』